Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 2406 de 2004

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Proceso de cierre de CIMA

Medidas adoptadas y planificadas para atender la situación del subsector privado de la salud

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 21 de abril de 2004

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señor Representante Gustavo Amen Vaghetti.
MIEMBROS:	Señores Representantes Jorge Chápper, Luis José Gallo Imperiale, Orlando Gil Solares y Ramón Legnani.
DELEGADOS DE SECTOR:	Señores Representantes Raúl Argenzio, José Bayardi y Gabriel Barandiaran.
ASISTE:	Señora Representante Glenda Rondán.
INVITADOS:	Señores Ministro de Salud Pública, doctor Conrado Bonilla; Subsecretario contador Milton Pesce y doctor Leonardo Risi, Director de Servicios de Salud.

SEÑOR PRESIDENTE (Amen Vaghetti).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida al señor Ministro de Salud Pública, doctor Conrado Bonilla, al señor Subsecretario de Salud Pública, contador Milton Pesce, y al señor Director de Servicios de Salud, doctor Leonardo Risi, con quienes consideraremos el cierre de la mutualista CIMA y las medidas adoptadas y a adoptar por parte de la Secretaría de Estado para atender la situación de crisis del subsector privado de la salud.

Tiene la palabra el señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Muchas gracias. Quiero ser lo más breve posible, para no repetir -y repetirme- lo que ya se explicitó en algunas otras reuniones -que seguramente todos habremos releído para refrescarnos-, como las que tuviéramos en esta Comisión en marzo, en junio y en julio del año pasado.

A modo de gran recordatorio, diría que en aquel momento, muy poco tiempo después de asumir funciones en el Ministerio, habíamos dividido a las mutualistas en tres grandes grupos, y cuando digo mutualistas me refiero a las IAMC. Inclusive las mencionamos frente a ustedes: el CASMU, IMPASA, Universal, Círculo Católico, Hospital Evangélico y SMI pertenecían al primer grupo, y prácticamente todas tenían problemas. Ese grupo contenía a las mutualistas que estaban contempladas en el programa PROMOSS, es decir, el Programa de Modernización del Sector Salud.

Ese numeroso grupo de instituciones comprende a más de cuatrocientos mil socios y más de doce mil puestos de trabajo. Si bien desde el punto de vista operativo las instituciones pertenecientes a ese grupo tenían un déficit mensual acumulativo del orden del 2,7%, cuando a lo operativo se le sumaba el endeudamiento, los gastos financieros y los intereses de los préstamos, ese primer grupo -que era el que estaba mejor- alcanzaba prácticamente al 10% de déficit, en aquel momento.

El segundo grupo incluía a las instituciones que no se habían incorporado al programa PROMOSS. Recordemos que este Programa era absolutamente voluntario. Se inscribían las instituciones que a su entender tenían posibilidades, gracias al préstamo y a la reconversión, de salir adelante; la reconversión era de carácter interna, organizacional y asistencial, además de económica y financiera.

Las que estaban para entrar en este segundo grupo eran la Asociación Española y CUDAM. En estos dos casos, la situación era algo distinta, un poco peor, considerándolas globalmente, no en forma individual, y en ellas el déficit operativo era casi de menos 7%.

En el tercer grupo estaba incluida una institución que nos preocupaba a todos, no desde ese momento, sino desde mucho antes. Allí estaba CIMA, junto con Casa de Galicia, COMOE, COSEM, GREMCA y MUCAM. Recuerdo que en aquel momento yo les decía que MUCAM, en realidad, tenía una situación totalmente distinta puesto que, como venía consiguiendo un equilibrio, no quiso entrar en el Programa PROMOSS. El dinero disponible le parecía caro y su utilización la obligaba a determinadas reconversiones; sus autoridades entendían que podían seguir, tal como estaban haciéndolo, manejándose sin ese tipo de muleta o de bastón. Muy distinta era su situación económico-financiera con respecto a las demás. Por lo tanto, los estados de resultados de MUCAM mejoraban -dado su número de socios- en comparación con los de estas otras instituciones más chicas que tenían resultados realmente alarmantes, del orden del veinte o veinte y poco por ciento de déficit mensual acumulativo.

En ese escenario -escenario terrible, de real desconcierto y angustia de todo el sector- se perdían socios a razón del 4% anual, desde el año 1999 hacia el presente. Todas estas mutualistas tenían una fuerte dependencia del Estado, por los socios de DISSE. Muchas de ellas, con IMAE, venden actos al Fondo Nacional de Recursos a través de los IMAE, y servicios al sector público que este mal pagaba, tanto a Sanidad Policial como a Sanidad Militar y al propio Ministerio. Quiere decir que había una fuerte dependencia del Estado.

Los ingresos eran en pesos y los pasivos en dólares y las garantías eran reales. Esa era otra característica común a todas estas instituciones, con una crisis bancaria que restringía la accesibilidad al crédito. En determinados bancos se hacían cesiones de DISSE que daban liquidez a la empresa, pero al haber cambiado el sistema financiero, tampoco accedían al crédito, por lo cual la situación de muchas de estas instituciones estaba altamente comprometida.

Por otro lado, en aquel momento teníamos un Ministerio que a mí me llevaba a decir lo siguiente: "Hay que concentrarse en sus funciones fundamentales. Esto siempre se dice pero no se sabe bien qué significa y no se concreta. Tenemos problemas para cumplir nuestras funciones fundamentales, sobre todo las de control y fiscalización y no es que nos falte gente. No estamos organizados para poder hacerlo y ese cambio no es sencillo ni sus resultados son inmediatos. Es por ello que somos conscientes de que permanentemente corremos riesgo de quedar omisos o de no ser lo suficientemente ágiles frente a problemas que son concretos y que deberíamos tener dominados; hay que actuar sobre eso. Tenemos que organizarnos mejor y esa debe ser tarea y compromiso nuestro".

Esto lo decíamos a mediados de marzo. El SINADI -que era quien nos informaba cómo iba la situación contable y económico-financiera de las empresas, entre otras la de CIMA-, al no tener un sistema de control afiatado y permanente, el mecanismo se había vuelto reiterativo. Se copiaban los estados de resultado de un

mes y se pasaban al mes siguiente. Esa información del SINADI no se tomaba muy en serio o con la seriedad que debería tomarse.

Decíamos, además, que: "no se incluyen los costos; tampoco información organizacional. Hemos prestado plata a las instituciones en base a un préstamo del BID, pero no sabemos bien si están cumpliendo o no con los requerimientos de su reconversión institucional. Tenemos problemas serios en control y fiscalización en todo eso que no solo son los laboratorios, los análisis clínicos" -que el año anterior habían sido motivo de honda preocupación de la población entera, así como la manera en que se hacían los análisis clínicos-, "sino que abarca a las propias instituciones". Eso es parte de nuestros defectos organizativos en cuanto a control y fiscalización.

Cuando una institución está en riesgo, no hay que esperar a que caiga; deberíamos tener planes alternativos -decíamos- de posible recuperación institucional. Agregábamos que: "cuando alguna institución empieza a dar indicios o indicadores de que realmente está en riesgo, no hay que esperar a que caiga; hay que ayudarla, aconsejarla, llamarla y trabajar con ella. Luego si se cae, que se caiga, pero que no sea por culpa de no haberlo previsto o por no leer los indicadores. A eso me refería al hablar de 'planes alternativos' porque las caídas de estas instituciones son muy distintas dentro de lo que está ocurriendo en el mutualismo". Son muy distintas por su prevalencia en la sociedad, por la cantidad de socios y por la cantidad de funcionarios y de cargos de trabajo que cada una de ellas tiene.

Llegó junio, y en ese momento, decíamos que: "CIMA-España no tiene US$ 13:000.00 de deuda, sino US$ 18:000.000 de deuda. Además, tiene un revalúo del BPS que puede llegar a US$ 5:000.000 más. No sabemos; cuando termine el revalúo del BPS lo sabremos". Asimismo, en ese momento tenía veintisiete mil afiliados, mientras que ahora, al momento del cierre, tenía veinticuatro mil, lo que da una deuda, si se tratara de la primera cifra y no hubiera revalúo del BPS, de US$ 660 por afiliado. Era la que "ranqueaba" primero en la deuda por afiliado, sin contar ese pasivo intangible que no conocíamos y con más socios. Es decir que la situación es de varios años de cuota por afiliado, casi mil funcionarios en total y una angustia económica de funcionamiento porque los dos grupos, funcionarios y Directores, estaban prácticamente en una guerra sin cuartel.

"El Ministerio" -decía yo- "ha hecho lo imposible por acomodar esos dos grupos, y no quiero mentir pero por lo menos han ido 14 veces al Ministerio, hasta que logramos que se firmara un convenio entre ambos. Este se firmó a principios de junio y nos dimos un plazo hasta el 30 de junio para ver cómo funcionaba. Es como juntar el agua con el aceite, aunque creo que da más trabajo que eso.- Durante ese período el concordato judicial" que había sido pedido por CIMA- "fue suspendido porque CIMA" -ayudada por el Ministerio de Salud Pública-, "encontró una forma de llegar a un acuerdo con sus acreedores privados", firmara y se lo presentaran a la señora Jueza de Concursos para que lo homologara.

CIMA se comprometió, delante de la Jueza y con la firma de la Jueza, a pagar su concordato, luego de su acuerdo con sus acreedores privados.

En aquel momento, luego de varias consideraciones, decía: "Si hay una institución que se ha destruido desde adentro es CIMA-España. A CIMA no la mató la competencia, no se le fue la gente de DISSE ni la mató la cuota" -insuficiente, sí- "sino que se destruyó desde adentro. Es el ejemplo más típico de mala gestión". En ese momento había llegado al récord de déficit acumulativo mensual de menos 29%.

Yo decía: "Todos queremos salvar a CIMA. Pero, intervenirla primero y después ver qué hacemos con el resto de las instituciones" -en ese momento, todas flaqueaban- "es lo que a mí me parece que no corresponde al sistema". Además, era de un enorme riego. Estábamos a 24 de junio de 2003.

Pocos días después, en julio, nuevamente conversando con ustedes, presentaba las medidas en general que conformaban el paquete que yo entendía de fortalecimiento del mutualismo.

Ahí hablábamos de la política de genéricos en los medicamentos, de que pretendíamos que los IMAE fueran institucionales y no IMAE privados con fines de lucro, y que los IMAE, que son institutos de alta tecnología, funcionaran en el seno del mutualismo.

Definimos que el mutualismo y los hospitales públicos eran los pilares del sistema, que no había por qué destrozar lo bueno que teníamos, sino cambiar lo malo.

Hablábamos de la tecnología y de los decretos sobre admitir o no más tecnología en el país, que a veces creaba demanda inducida y no mejoraba realmente la asistencia de la salud de la población.

Hablábamos de la regulación de los seguros parciales y de que si bien ya estaban y llenaban una necesidad en el mercado porque había gente dispuesta a pagarlos, no debíamos permitir que generaran una competencia desleal, fundamentalmente con uno de los pilares del sistema, como eran las IAMC.

Hablábamos de que la gestión debía estar atada a los futuros aumentos de cuota.

Sobre muchas de estas cosas, actuamos a través de decretos. Cuando no pudimos hacerlo a través de decretos, actuamos de hecho. No pudimos sacar un decreto sobre tecnología, porque podíamos controlar por decreto la tecnología de las IAMC, pero eso no era suficiente si no controlábamos los grupos empresariales particulares que traían la tecnología, y después que estaba y conquistaba su cuota de mercado, nos veíamos obligados a incluirla al mutualismo; eso se hace solo por ley.

Así que el decreto recorrió todos los Ministerios; recién hace un mes, volvió al Ministerio para decirnos que no hay manera de controlar la tecnología si no es por ley. Por lo tanto, ya estoy terminando de promover esa ley para que, a través del Poder Legislativo, podamos -si ustedes creen, como yo, que es necesaria- obtenerla y sea posible contar con una Comisión Nacional de Tecnología que estudie la incorporación, no solo en los aspectos médicos que realmente conlleva, sino en el impacto económico y financiero que acarrea a las empresas

No hicimos ningún decreto de seguros parciales, pero no admitimos ni uno más. Logramos trancarlos y tengo 150 pedidos, de todo tamaño; ninguno de ellos son totales; todos parciales. Y yo quiero que los seguros parciales sean de internación, de servicios ambulatorios, de coronarias móviles, o sean una combinación de ellas, pero no cualquier cosa, motivo por el cual, en definitiva, la gente no sabe por qué servicio firma y que cuando se enferme mañana, le respondan: "No; eso no estaba cubierto por este servicio".

Tampoco quiero que me cambien las reglas de juego, como me las han cambiado, bruscamente. Resulta que la gente firmó un contrato con algunos de estos seguros parciales que hoy funcionan, pero estos le dieron vuelta la hoja y el caso es que lo que se cubría no se cubre más; son cosas importantes a veces.

Entonces, no pude sacar el decreto porque las fuerzas son grandes, pero no me entró ni un seguro más.

Con respecto a la política de medicamentos, logramos establecer el vademécum de todas las IAMC con los nombres genéricos, facultando a los médicos de las instituciones para que receten solo con el nombre genérico y ellas puedan dar el medicamento con el genérico verdadero correspondiente; no con copias.

En cuanto a los aumentos de cuotas, no hubo uno que no estuviera atado a la gestión. El aumento de cuota de diciembre de 2003 se ató a gestión. Esto lo vamos a ver porque logramos acomodar en la medida de lo posible -creo que bien- el funcionamiento del PROMOSS. Reforzamos esto con la misma gente de Salud Pública, sin tomar un solo funcionario más. Integramos el PROMOSS a la verdadera línea vertical del Ministerio, haciendo que el PROMOSS funcionara muchísimo mejor.

El PROMOSS nos da información permanente, mensual, de cada una de las instituciones que están bajo su Programa. Es más: di al PROMOSS como responsabilidad que monitoreara las instituciones de todo el país y lo está haciendo, y es la misma gente que ya adoptó la técnica y el funcionamiento, que está siguiendo paso a paso qué es lo que pasa con el mutualismo de Montevideo y de todo el interior.

Se modificó la estructura y quedaron los tres departamentos de la división Servicios de Salud, de forma tal que tuvieran capacidad de control no solo de las instituciones médicas sino de todo lo demás: desde los asilos de ancianos, pasando por los laboratorios, por los análisis clínicos y por las clínicas de diagnóstico.

Ustedes verán que todos los días aparece en los diarios alguna clínica que estamos cerrando. Y las cerramos en buena ley, porque eran cualquier cosa; ocurría cualquier cosa. Había seguros enteros de prepago en Montevideo que ni siquiera estaban habilitados, y vendían servicios; ya no nos pasa eso. Ahora estamos alertas y vamos tras ellos.

De tener una actitud totalmente pasiva e ir atrás de la denuncia, pasamos a ser proactivos. Cerramos los laboratorios porque tienen defectos en la fabricación. No me importa cual sea el defecto; lo cerramos hasta que se acomode y si no se acomoda, quedará cerrado para siempre.

En aquel momento, el 2 de julio, con respecto a dónde estaban las principales dificultades de las instituciones mutuales, decíamos: "Ellas se encuentran en la parte laboral, en como encarar el endeudamiento laboral de las distintas instituciones, que es diferente en cada uno de ellas. Ese endeudamiento tiene que ser fruto de negociaciones y el Ministerio de Salud Pública puede ayudar para ello creando el ámbito. Una vez que se haya alcanzado una resolución y un acuerdo entre la institución y sus trabajadores médicos o no médicos se podría homologar ese acuerdo junto con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y transformarlo en un decreto de aplicación transitoria" -que era lo que proponíamos en ese momento- "para que los juicios laborales pudieran interrumpirse durante un tiempo prudencial para lograr recomponer el ingreso de caja de las instituciones y permitir durante ese tiempo una negociación más profunda de cada institución con sus trabajadores".

Lo que conseguimos fue mejor que esto: el fideicomiso, que permitió encontrar una solución para una deuda que no había cómo pagar de otra forma, de US$ 33:000.000. Además, nos metimos dentro de la empresa que firmaba o accedía al fideicomiso para controlarla organizativa y asistencialmente y en lo económico-financiero. De lo contrario, el Ministerio de Salud Pública no libera el dinero del fideicomiso y controla las instituciones una a una. Aquellas que no estaban controladas por el PROMOSS, ahora sí lo están. Eso no ha sido malo, sino que ha sido para bien.

En aquel momento decía: "La situación de CIMA no es de este mes ni de los últimos quince días. La problemática es angustiante desde antes de que asumiéramos nuestro cargo".

Yo vine a este ámbito y les expliqué cuál era la situación económica de los tres grupos de instituciones y recuerdo que les dije que había algunas que a mi criterio estaban más allá del pretil, en caída libre y afirmé que no sabía si llegábamos a tiempo si tirábamos un salvavidas. Decía que realmente uno veía cómo era la gestión y lo que estaba ocurriendo y tenía serias dudas de que pudiéramos ayudar a algunas de estas instituciones, como las que mencionaba el señor Presidente, que en aquel momento era el señor Diputado doctor Gallo Imperiale. Sin embargo, hemos hecho y seguimos haciendo todo lo humanamente posible para ayudar a las instituciones; ¡claro que también se tienen que ayudar desde adentro! Porque el Ministerio no está dispuesto a sustituir a nadie y menos a autoridades naturales que fueron libremente elegidas y que tenían dos meses de nombradas en el caso de CIMA.

Decíamos: "¿Hasta cuándo? Porque por todo lo que vemos, casi tenemos la certeza -ojalá no lleguemos a tenerla por completo- de que a esta altura esta institución no es viable. Entonces, ¿qué más se puede hacer? No basta con voluntarismos para salvarla: hay que traer soluciones concretas".

¿Por qué no intervenir? Recuerdo que el Presidente de la Comisión me decía: "Pero Bonilla, ¿por qué no la interviene? Usted tiene las facultades para hacerlo". Sí, claro que las tengo. ¿Puede el Ministerio de Salud Pública intervenir una cooperativa de asistencia médica que tiene un concordato vigente y homologarlo judicialmente? Está la Ley Nº 15.181 y también la Nº 15.903.

¿Qué dice el artículo 12 de la Ley Nº 15.181: "El Ministerio de Salud Pública de oficio, por recomendación de las autoridades competentes o a solicitud fundada de los asociados, afiliados, usuarios u órganos de gobierno de las entidades de asistencia médica colectiva en la forma y condiciones que establece esta ley y que determina la reglamentación respectiva, podrá:.- A) Realizar o disponer investigaciones de los hechos que por su gravedad lo requieran, compulsar o retirar toda clase de documentos que se consideren necesarios y efectuar intimaciones bajo apercibimiento de las sanciones", etcétera. "B) Agotada la investigación, cuando medien graves irregularidades que pongan en riesgo el cumplimiento de los fines o la existencia de la institución, proponer al Poder Ejecutivo, mediante resolución fundada, la intervención de dichas entidades por un plazo de seis meses prorrogable por una vez por igual período. La intervención será a los efectos de investigar las causas, determinar las responsabilidades resultantes, dando intervención a la justicia ordinaria si se comprobare la comisión de delitos y promover la renovación parcial o total de autoridades debiendo en todos los casos, asegurar el cumplimiento del fin específico de la institución". Es decir que para intervenir se requiere que medien graves irregularidades que pongan en riesgo el cumplimiento de los fines o la existencia de la institución y será a los efectos de investigar las causas, determinar responsabilidades y promover la renovación total o parcial de las autoridades.

Entonces, la intervención es a los solos efectos de diagnosticar la situación existente y convocar de oficio a los órganos deliberantes competentes de la institución, pero no para que el Ministerio de Salud Pública pase a gestionarla o a administrarla. Lo dice el doctor Daniel Hugo Martins en su Tratado: "En estos casos es la autoridad administrativa la que interviene una empresa privada, pero la finalidad no es administrar o coadministrar la empresa, sino investigar las irregularidades, promover la designación de nuevas autoridades", etcétera, etcétera.

Puede ser opinable; en estas cosas siempre hay dos bibliotecas. Aun así, ¿puede el Ministerio intervenir una institución que cuenta con un concordato aprobado, homologado? Sí, pero a los efectos vistos. Claro que puede, pero exclusivamente a los efectos que mencioné. ¿Y qué efectos podría tener la intervención sobre el concordato? El hecho de que la empresa tenga un concordato aprobado judicialmente hace que la cosa se torne más difícil. ¿Cuáles son los desequilibrios de importancia en su normal funcionamiento que llevan a que no se brinden los niveles de atención determinados, cuando hay un concordato aprobado que supone una moratoria y que la empresa tiene posibilidades de continuar con sus actividades de futuro y pagar sus deudas? Así lo entienden sus autoridades naturales, así lo acuerdan con sus acreedores y así lo firma la Jueza. Si la Jueza hubiera entendido que no podía pagar sus deudas y encarar sus actividades de futuro, no hubiera homologado el acuerdo. Evidentemente, supuso que la situación económico-financiera era saneable.

En consecuencia, el concordato en buena medida indica que, al menos a juicio de los acreedores y del Juez de concurso, no existen desequilibrios tan profundos que afecten la prestación, condición necesaria para que el Ministerio de Salud Pública disponga su intervención.

El Ministerio puede intervenir y lo hace: sustituye a las autoridades naturales y pasa a encargarse de la institución. Pero, ¿se hace responsable del concordato firmado? ¿De cumplirlo? ¿Y si no lo cumple? ¿Contra quién van los acreedores? Se trata de US$ 22:000.000 que sé que no se pueden pagar. Si alguien sabe cómo se podían pagar, que me lo diga. Bastaba con que un acreedor dijera: "A mí me ocultaron situaciones; el deudor obtuvo este concordato en forma fraudulenta y consiguió la adhesión de los acreedores diciéndome que podía cumplir, pero ahora no cumple y el que está al frente de eso es el Ministerio". Es decir que hace caer el concordato. ¿Y quién paga? El Ministerio.

Reitero que la intervención no es para coadministrar o administrar, sino únicamente para lo que establece la ley: para diagnosticar la situación y convocar de oficio a los órganos deliberantes competentes para analizarla y resolver. El Ministerio puede intervenir y asume la dirección y gestión, pero debe cumplir con el concordato. Esto implica desplazar la responsabilidad de los directivos del momento hacia el Ministerio, con todo lo que ello supone. Puede haber otras opiniones legales. Ese es el temor que yo tenía y que tengo.

Creo que fue razonable no haber comprometido al Ministerio en esa tesitura. No se hubiera salvado CIMA por eso, porque la culpa real no la tiene esa Directiva final que en los últimos meses ocupó la Dirección de la institución. La última Directiva ingresó con un endeudamiento más allá de toda posibilidad operativa de salir de él. En consecuencia, esto hubiera sido un verdadero desastre.

Me gustaría que el señor Subsecretario, que es hombre de números, mostrara rápidamente la evolución económica de CIMA desde el año 2000 hasta ahora.

SEÑOR BAYARDI.- En realidad, hubo un concordato apoyado por el Poder Judicial, que la Jueza convalidó entre los acreedores. El señor Ministro leía la versión taquigráfica de la sesión en la que evaluaba por qué no había llevado adelante la intervención frente a los requerimientos del Presidente de la Comisión del momento.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Y por muchos otros.

SEÑOR BAYARDI.- El señor Ministro dice -traté de tomar nota- que había una deuda de US$ 22:000.000 y que el Ministerio sabía que no se podía pagar. Esto es lo que acabo de registrar. La duda es qué hizo el Ministerio de Salud Pública frente a la convalidación de un concordato por parte de una Jueza, en tanto ya era consciente de que la deuda no se podía pagar. Lo pregunto porque el señor Ministro y sus asesores saben -no hace falta que yo lo diga- que si un funcionario público hubiera entendido que se pudo haber llevado adelante una acción de naturaleza fraudulenta, habría estado obligado a denunciarla.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Esto nunca tuvo el carácter ni lo vimos como una acción fraudulenta de quienes consiguieron ese concordato privado, del cual el Ministerio de Salud Pública toma conocimiento una vez firmado. La institución llega a ese concordato legalmente y la Jueza, quien ya había decretado la moratoria e iba a iniciar el concordato judicial, se retira y homologa el acuerdo entre privados. Convendría que el señor Director de Servicios de Salud, para mejor ilustrar al señor Diputado Bayardi, explicara por qué no vemos esta acción de esa manera

SEÑOR RISI.- Las empresas presentan los concordatos en dos andariveles: judicial y extrajudicial. Cada uno tiene una competencia distinta desde el punto de vista legal y jurisprudencial. En este caso, la empresa CIMA había presentado su concordato judicial, y mientras la Justicia lo estudiaba, simultáneamente presentó uno extrajudicial. En el concordato extrajudicial la Justicia simplemente suscribió que las partes -deudor y acreedor- habían llegado a un presunto acuerdo de cumplimiento, y homologó las cláusulas extrajudiciales que están en el concordato. Por lo tanto, ni en un concordato extrajudicial ni en uno de la Justicia hay nunca una expresión de cumplimiento. La Justicia -al igual que la Justicia Laboral- homologa el convenio acordado entre dos privados. Hecho ese convenio -convenio privado entre acreedores y deudores- la Justicia pasa a homologar. En función de los flujos de fondos, el Ministerio tenía una duda razonable en cuanto a que no se iban a poder pagar. Por otra parte, los plazos del pago de las primeras cuotas fueron teniendo prórrogas, primero a febrero y luego a junio, homologación y acuerdo de nuevos pasos que pasó por la Justicia. Pero en la visión economicista que uno tiene de estudiar estos flujos de fondos, parecía difícil, aun con quitas y esperas, que se pudiera dar cumplimiento a ese concordato. No hay razón para participar como tercero en una acción judicial que homologa pero no acredita el hecho de que el Ministerio sea solidario. Es simplemente una toma de conocimiento de estos flujos de fondos.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Básicamente, voy a explicar las instancias por las cuales pasó CIMA, desde el año 2000 hasta su cierre.

En todo ese período hubo intervención activa por parte del Estado y del Ministerio de Salud Pública a través de diversos programas y de presentación de soluciones alternativas. Fue una participación activa en el sentido de que se trató de dar todas las oportunidades para que esta empresa, al igual que todas las mutualistas de Montevideo, tuviese acceso a condiciones económicas más favorables.

A través del Programa de Modernización del Sector Salud -PROMOSS-, en el año 2000 se hicieron las famosas auditorías. En realidad, más que auditorías fue la compilación de información de todo el mutualismo de Montevideo. En función de ese trabajo se uniformizó la situación de cada mutualista en particular y del sector en general. Este primer relevamiento de información fue realizado entre los meses de junio y diciembre de 2000, y tuvo como objetivo uniformizar los datos, ya que no todas las instituciones presentaban información de la misma manera. De forma tal que se hicieron todas las depuraciones y correcciones a la información presentada y se tuvo un primer pantallazo de cada una de las empresas, corregido por diferentes criterios de evaluación, y del sector en general.

Luego de establecidas las auditorías, se habló en las instituciones, se les explicó el programa de reconversión y se las invitó a realizar una reingeniería de empresas. Eso fue durante el año 2001. Para esto se les aprobó la financiación de planes de reconversión, que vinieron de la mano de un aumento específico de la cuota. Se trató de un decreto para que las instituciones no erosionaran sus finanzas. Así fue que se acordó $ º8 en la cuota que tenía como destino la reingeniería de las diversas instituciones. Una vez que esas instituciones trabajaron -cada una eligió auditorías de primera línea, y grupos que hicieron un trabajo muy bueno- presentaron su plan de reconversión. Ese plan de reconversión fue evaluado primero por el PROMOSS y luego se lo puso a consideración de una evaluadora de riesgos que funciona en el Banco Central, que era la primera calificadora de riesgos del Uruguay. Cuando las instituciones están proyectando flujos de fondos hacia el futuro o ensayando diversos escenarios, esos escenarios no tienen una certeza de ocurrencia, sino que tienen diferentes probabilidad de ocurrencia. Lo que hacen las empresas evaluadoras de riesgo es calificar la probabilidad de ocurrencia de determinado programa a los efectos de dar una calificación. Si pasan de determinado nivel de certeza, se entiende que esos programas se van a poder ejecutar y se aprueban. Obviamente, los que no pasan ese determinado nivel de certeza, quedan descalificados.

En la evaluación de riesgos, cuando se veía que CIMA no tenía posibilidades de presentar un plan de reconversión que pasase la calificación, la empresa solicitó un concordato preventivo judicial. El concordato

preventivo judicial es de alguna manera la cobertura que busca una empresa cuando está en las dificultades que estaba CIMA en aquel momento. Es decir, buscan una moratoria provisional. Después voy a explicar qué es y cómo mediando esa moratoria provisional enseguida buscan un acuerdo privado.

Por último, finalizada toda su etapa concursal, CIMA se ve precipitada a un cierre porque prácticamente en todos esos pasos no había podido encontrar un camino de salida. Lo que es importante destacar acá es que en cada uno de esos pasos hubo una participación activa del Estado, en el sentido de que por todos los medios se trató de encauzarla, de proveerle técnicos de primera línea para que analizase la situación, dándole herramientas para que pudiesen gestionar mejor. En definitiva, lo único que no se hizo fue sustituir las autoridades y gestionarlas. ¿Por qué? Porque son empresas de derecho privado; se les puede dar todos los elementos y herramientas, pero son ellas las que deben decidir su futuro.

Con respecto a las auditorías del PROMOSS, lo primero que se vio fue que CIMA tenía una caída de afiliados. En determinado momento de su historia, anterior a 1995, llegó a tener sesenta mil afiliados. Luego empezó a caer -después vamos a ver una gráfica-, hasta que prácticamente en su cierre terminó con veinticuatro mil afiliados. Tuvo una pérdida constante de afiliados. Con la información de la auditoría, lo primero que hacía el PROMOSS en materia financiera era un análisis tradicionales de solvencia, liquidez y rentabilidad. Luego, otra herramienta que se utiliza en la parte de finanzas son los simuladores. O sea que se coloca determinada información estratégica en un programa previamente establecido, simulan diversos escenarios y se dice qué probabilidades de ocurrencia tiene. Lo último que ha habido son redes neuronales, que son otra herramienta financiera más.

A CIMA se le practicó, al igual que a todas las instituciones, un análisis tradicional de solvencia, liquidez y rentabilidad. Yo saqué, a modo esquemático, dos o tres indicadores de la evolución de CIMA a lo largo del tiempo. El cuadro de la izquierda muestra fundamentalmente la solvencia, y el de la derecha, la liquidez. La solvencia de CIMA siempre estuvo muy cuestionada. ¿Qué es la solvencia? Es la posibilidad de cancelar mis compromisos con los activos que tengo. Un índice tradicional de solvencia es el pasivo total -o sea, lo que debo- respecto de lo que tengo. En 1998, CIMA debía prácticamente el 98% de lo que tenía. Y lo que tenía en ese momento era el sanatorio y algunos activos de dudosa activación, de dudoso valor.

En 1999, lo que tenía ya no le daba para cancelar su pasivo; le faltaba un 13%; un 15% en 2000 y en 2001 un 97%, o sea que debía el doble de lo que tenía. En el año 2002 ese déficit permanece y en el 2003 se agrava esta situación.

Eso puede decirse respecto de la solvencia de CIMA. En esos ejercicios computaba como activos su cartera de afiliados, pero esta no puede ser técnicamente considerada como tal porque para ello debe ser realizable, y si se vende la cartera de afiliados, la empresa desaparece. Por lo tanto, esos índices que ya de por sí eran alarmantes, se ven agravados porque el activo es menor al declarado.

La otra medición que se hizo de la solvencia en el PROMOSS fue el cociente entre en pasivo total y los ingresos mensuales. O sea: si yo dedicase absolutamente todo mi ingreso a pagar el pasivo, en 1998 precisaba casi ocho meses de ingresos; en 1999, 8,65 meses, y así llegamos al año 2002 con la necesidad de contar con veinticinco meses de ingresos para pagar su pasivo. ¿Qué supone esto? Que para pagar la deuda que tenía CIMA no había más remedio que dedicar todos sus ingresos -sin comprar medicamentos ni nada-, durante casi veintiséis meses. Obviamente, estas dos condiciones ponen a CIMA en una situación que requería buscar un acuerdo con sus acreedores porque, frente a estos números, nadie puede asumir en el corto plazo el pago de una deuda. Por lo tanto, en base a estos indicadores, uno debe buscar un acuerdo o un concurso con los acreedores para que esa deuda que debería cancelar en veintiséis meses pueda abonarla en cincuenta, cien o cientoveinte meses. En la práctica estos acuerdos se conceden. Otras instituciones han transitado exitosamente este camino.

En cuanto a la liquidez -el tablero de la derecha-, esto representa las obligaciones corrientes que habrán de vencer antes del año y que necesito pagar ahora; los indicadores también muestran un deterioro importante de CIMA, en el sentido de que cada vez era menor. Cada vez eran mayores las obligaciones que vencían en el correr de estos meses, con relación a sus ingresos. La razón corriente es el indicador de liquidez por excelencia, el que se utiliza casi siempre. Si todo lo que tengo para realizar rápidamente -cobrar mis cuentas, vender algunos bienes fácilmente vendibles-, lo junto y lo pago, mi pasivo corriente, o sea, aquellas cosas que vencen ahora, en el correr de estos meses, ¿en qué situación estoy? A eso se le llama razón corriente, que es el pasivo corriente sobre el activo corriente, o sea los bienes más fácilmente realizables, los bienes que

más fácilmente se convierten en disponibles, en dinero en efectivo. En 1998, por cada peso de deuda, 0,42 centésimos era lo que podíamos recuperar; luego, 0,30, y más tarde el deterioro continuó, hasta que en 2010 solamente recuperaríamos 10 centésimos por cada peso que debíamos.

Los problemas de solvencia y liquidez de una empresa pueden revertirse a través de la rentabilidad. Si CIMA tuviera una rentabilidad positiva que permitiese ir pagando sus deudas, es decir, si otro fuera el escenario, tal vez su situación podría revertirse en el largo plazo.

Vamos a analizar ahora lo que fue la rentabilidad de CIMA; en realidad, como verán, desde 1998 en adelante nunca tuvo superávit. En 1998, CIMA tiene un 17% de déficit y ahí puede verse a cuánto asciende en 2002. Primero fue un 39% y luego un 44%.

SEÑOR BAYARDI.- ¿Está incorporado en la presentación el déficit operativo mensual y el déficit financiero?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Todo; el déficit total.

SEÑOR BAYARDI.- ¿Tiene el déficit operativo mensual desagregado?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Sí, más adelante se lo doy.

Como pueden observar en función de la rentabilidad, obviamente, CIMA no tenía posibilidad alguna de revertir esa tendencia. A esto se agrega la existencia -como habrán visto, los pasivos eran cada vez mayores- de pasivos contingentes u ocultos. ¿Cuáles son los pasivos contingentes y cuáles los ocultos? Los pasivos contingentes tienen que ver con las demandas laborales que CIMA enfrentaba en aquel momento. Hubo una determinada política en base a la cual prácticamente no se pagaban sueldos, pero si había una sentencia judicial que ordenaba el pago de determinada suma de dinero a un trabajador, esa sentencia se cumplía, porque de lo contrario las consecuencias eran peores: surgen medidas cautelares. Quiere decir que se cumplía con esa sentencia pero no se pagaban los sueldos a la gente que estaba trabajando.

Los pasivos ocultos son aquellos que estaban pendientes en valuaciones del Banco de Previsión Social y que no fueron expuestos en la contabilidad, ni siquiera en una primera aproximación a lo que sería una deuda eventual con ese organismo, producto de la inspección que tuvo.

Obviamente que tanto los pasivos contingentes como los pasivos ocultos empeoran los índices que vimos.

Me referiré ahora a las conclusiones que se sacan en el primer informe que hace el PROMOSS sobre el punto de equilibrio de CIMA, es decir, aquella cantidad de dinero o variable física a la cual debe llegar una empresa para no ganar ni perder, para estar en equilibrio, en cero. El punto de equilibrio de CIMA, en la primera auditoría del PROMOSS, se llegaba a obtener con cuarenta y seis mil afiliados, de acuerdo con la estructura de gastos que presentara en el año 2000 a ese Programa. Obviamente, CIMA se alejaba cada vez más de la obtención del equilibrio a través de sus afiliados.

En esa instancia CIMA encara un plan de reconversión. Una empresa consultora elabora una reingeniería o plan de reconversión para ser presentado ante el PROMOSS. En la primera evaluación que se hace del plan de reconversión de CIMA se establece que los supuestos utilizados de alguna manera son muy fuertes e implican una gran incertidumbre en la probabilidad de que ocurran. CIMA, en el plan de reconversión, decía que habría de aumentar en un 9% su número de afiliados. Evidentemente, advirtieron el descenso que se produjo a nivel de sus afiliados, desde sesenta mil n 1995 hasta veinticuatro mil al momento de su cierre. Ese era uno de los supuestos fundamentales de su plan de reconversión, que se hacía para un período de tres años. Se exigía a la empresa que de alguna manera dijese cómo evolucionaría su endeudamiento a lo largo de esos tres años. En el caso de CIMA, no preveía disminución de pasivos en el período. No es que la solvencia de una empresa esté dada porque no tenga pasivos. No; una empresa debe tener pasivos, pero estos deben ser razonables. La fortaleza de una empresa no está dada, precisamente, por no tener pasivos, sino por tener pasivos que sean manejables, razonables, que tengan bajo costo para la empresa y que sean normales como, por ejemplo, los sueldos del último mes, la provisión de aguinaldos, licencias, salarios vacacionales, el

crédito comercial corriente. Todas las empresas manejan una cifra de pasivos razonable, que en este tipo de empresas puede alcanzar a un 40% o un 50%.

CIMA, en todo su plan de reconversión, no presentó posibilidades de reducir el pasivo por debajo del 80% de su activo. Tenía un fuerte endeudamiento con el BPS -como dijimos recién- y, prácticamente, frente a la contingencia de una deuda por aportes de verdadera importancia -el Ministro hizo mención a ello hace un rato-, de casi US$ 5:000.000, en su plan de reconversión no había hecho mención alguna de cómo iba a responder frente al caso de que esa deuda se hiciese efectiva.

En cuanto al patrimonio, no varía.

El capital de trabajo -que es la diferencia entre activo corriente y pasivo corriente, que debe ser positiva- se mantiene negativo en los tres años del plan de reconversión presentado y hay una hipótesis en el cambio de la rentabilidad, que pasa del menos 13% en el año 2000 a un más 7%. Ellos se comprometen en su plan de reconversión a hacer desaparecer el déficit y a generar un superávit del 7%. Lo que sucede es que los supuestos en los cuales basan ese cambio en la rentabilidad no tienen sustento, y así fue informado por el programa de reconversión.

La disminución de los costos laborales -así lo pensaban- por la baja de los ingresos del 61% al 51%, tiene sustento en los salarios no médicos, a través de convenios a seis meses, lo que implica constantes negociaciones y aumenta el riesgo porque si, en primer lugar, establezco que voy a hacer una reducción de 10 u 11 puntos en mi masa salarial, fundamentalmente del salario no médico, pero esa reducción está supeditada a acuerdos semestrales, el resultado de esas negociaciones es incierto, y, por lo tanto, el riesgo de no tener acuerdos a largo plazo hace que sea más improbable la ocurrencia del plan de reconversión.

Los bienes consumidos aumentan -todo lo que tiene que ver con medicamentos, servicios contratados y demás- del 26% al 37% y no se establece en ningún punto del plan de reconversión el repago de sus pasivos, especialmente el que tiene la institución con el Banco de Previsión Social.

Este plan de reconversión fue realizado durante 2001; todas las cifras que estoy resumiendo brevemente tienen su base de sustentación. Este trabajo se fue haciendo a lo largo de todo el año, en un camino de ida y vuelta de la institución con el PROMOSS y la consultora que estaba haciendo la reingeniería, buscando las alternativas en forma continua.

Este plan de reconversión, tal cual lo presentó CIMA finalmente, fue entregado a la evaluadora de riesgos para ver qué resultado tenía un estudio probabilístico de su ocurrencia, a pesar de que, frente a este análisis, era difícil el cumplimiento.

En julio de 2002, la evaluadora de riesgo califica a CIMA de la siguiente manera: "CIMA se encuentra actualmente en un Estado de virtual quebranto. Julio de 2002.- Solicita USD 1:5 para mejorar perfil con proveedores y personal", y el plan es calificado "con grado medio-bajo de viabilidad, tanto en lo que concierne a las líneas de acción que la institución se compromete a ejecutar, como a las posibilidades de que se cumplan las hipótesis proyectivas desarrolladas".

Por lo tanto, la evaluadora de riesgos no califica el plan de reconversión, o lo califica como de medio-bajo.

Concomitantemente con eso, frente a lo que sucedía en 2001, y fundamentalmente en 2002, CIMA se encamina hacia un proceso concursal, como dijimos hace un rato. Busca llegar a un concordato preventivo judicial. Cuando se solicita un concordato preventivo judicial, la Justicia otorga una moratoria provisional.

¿Qué significa una moratoria provisional? Que se suspenden todas las ejecuciones, o sea que toda la masa de cheques diferidos que hay girando, automáticamente no se pueden presentar, van a la masa, y las deudas no se hacen exigibles. Dicho sencillamente: se cobra todo lo que hay para cobrar y se paga específicamente en función de las necesidades más inmediatas, porque a los acreedores en su conjunto se les va a hacer una propuesta universal de pago y hay que mantener la igualdad de los acreedores durante todo el período que dure el concordato.

De manera tal que es una situación ideal, y de alguna manera fue la que dio a CIMA la posibilidad de ir más allá de junio de 2002. Es la moratoria provisional. En ese momento CIMA ya está inserta en un proceso

judicial que es de derecho privado y que concierne a las partes. Hace un rato, un Diputado preguntó al Ministro qué había hecho el Ministerio. No hizo nada porque, además, no puede hacer nada. Si yo, acreedor, acuerdo en función de un crédito que hoy para mí es incobrable, alguien dice que esa empresa cierre o pide la quiebra y yo, dando ciento cincuenta meses tengo una posibilidad de pago, soy libre de darla. Por lo tanto, es un acuerdo privado entre acreedor y deudor que es sometido a la Justicia y esta homologa, aunque la Justicia no se pronuncia acerca de si es justo. La Justicia vela por el interés de la igualdad de los acreedores y porque en ese proceso de cuiden las preferencias, que no voten los créditos preferenciales, que si hay una hipoteca quede afuera. Es decir que, ante la Justicia, se toman los acreedores simples y se conceden quitas, esperas, etcétera.

Concomitantemente a la moratoria provisional, como el concordato preventivo judicial tiene exigencias grandes en cuanto a quita, a plazo, a procedimientos y a la información que se debe presentar, CIMA busca un concordato privado, que es más flexible, y es así que logra juntar las firmas con los acreedores simples. Ese concordato privado se firmó en 2003 y se empezaba a pagar a los seis meses de la homologación por el Poder Judicial. En un principio se estableció que se debía pagar en febrero, pero finalmente se pidió que el pago quedara para junio o julio de 2004. O sea que toda supresión de pasivos se solucionó con la posibilidad de pagar a largo plazo, en cuotas de aproximadamente $ 3:500.000.

Por último, yo tenía marcado aquí lo que es el informe de cierre. A pesar de lograr un concordato que llevaba las deudas del corto plazo al largo plazo, CIMA no lograba revertir sus déficit y su situación era cada vez más comprometida. Pocos meses antes del desenlace, -o sea, de que la Directiva entregara la mutualista, diciendo a las autoridades del Ministerio que no se podía seguir haciendo cargo de la institución- se hizo un seguimiento muy de cerca de CIMA y tenemos un informe que, como es corto, voy a leer: "En definitiva, y de no mediar algún cambio que desconocemos a la fecha, se puede concluir que CIMA:.- 1) Presenta un deterioro económico y financiero permanente con resultados operativos y netos negativos y crecientes.- 2) Las condiciones necesarias para la obtención de resultados positivos no se han producido.-" En el punto 3) se dice que los activos están mal valuados- "4) Existe una falta de coordinación administrativa muy importante.- 5) Su padrón de afiliados va a la baja continuada.- 6) El repago de su proceso concordatario ya no sería posible a partir del tercer mes.- 7) No se prevé pagar sueldos y en cambio sí se prevé abonar las reclamaciones laborales de las que ya se tienen acuerdos en el MTSS.- 8) Las renuncias de personal se han incrementado en los dos últimos meses con lo que el servicio se puede ver resentido.- 9) El suministro de medicamentos y materiales para una adecuada asistencia se puede ver comprometido.- En función de las consideraciones anteriores se estima que CIMA se encuentra al borde del colapso económico, financiero y asistencial".

Este es el resumen de un informe mucho más amplio, pero que deja en claro -no cabe ninguna duda- que la situación económico-financiera de CIMA era realmente angustiante.

En todo ese período que va desde el concordato preventivo judicial, CIMA trabajó muy estrechamente con el Ministerio, con la Dirección de Servicios de Salud de la Cartera. Y el Ministerio realizó varias gestiones, como mediador, como facilitador, de forma de apoyar la situación de quiebra de CIMA. En el ámbito del Ministerio de Salud Pública se llevaron a cabo mediaciones entre la Directiva y los trabajadores que dieron como resultado dos acuerdos y de alguna manera dieron a la institución, entre julio y diciembre de 2003, una tregua o paz gremial por lo que para la Directiva fue mucho más accesible adoptar el conjunto de medidas que había que tomar.

Se hizo gestiones de cobro de los créditos que CIMA tenía con el Estado, haciendo gestiones con el Ministerio de Economía y Finanzas para su cobro y conciliando las deudas. En julio de 2003, CIMA tenía un estrangulamiento financiero muy importante y necesitaba dinero para cancelar sus aspectos más críticos, como los relativos a las deudas laborales o las generadas por la compra de insumos. En ese momento se concilió la deuda con el Ministerio de Salud Pública; se le dio prioridad a la institución y se le pagaron en una partida prácticamente $ 4:000.000, que dieron oxígeno a CIMA por un tiempo más.

En el marco de la ley de facilidades de adeudos del Banco de Previsión Social, Ley Nº 17.683, se hicieron gestiones para que el Banco fuera lo más benévolo posible en cuanto a los plazos, para que CIMA cancelara las obligaciones correspondientes, o sea, las deudas por aportes de su personal. Esas negociaciones también se llevaron a cabo en el ámbito del Ministerio de Salud Pública.

También hicimos gestiones ante el Banco Comercial. De la cesión de créditos como garantía de un crédito, que era del 100% hacia ese Banco, le planteamos que tomara solo lo necesario para los intereses y el resto se lo diera a CIMA para que esta pudiera continuar funcionando. Esas gestiones ante la comisión liquidadora del Banco Comercial fueron exitosas y el Banco, de una cesión de créditos que era muy importante, en los últimos tiempos se quedaba con $ 1:000.000. Del Banco de Previsión Social, por concepto de DISSE, CIMA percibía $ 8:000.000 o $ 9:000.000 mensuales. De ese monto, el Banco Comercial se quedaba con $ 1:000.000, que era lo que cobraba por intereses y algo de capital del crédito otorgado y el resto lo daba a CIMA para su funcionamiento operativo.

A su vez, en julio de 2003, el Ministerio de Economía dio el dinero a Salud Pública para que esta quedara en cero con CIMA. Y entre julio y diciembre de 2003 se hicieron todas las gestiones ante el Banco Comercial y el Banco de Previsión Social para ver si de esa cesión de crédito se podía liberar el mayor monto posible para que CIMA continuara buscando una salida.

La última gestión que se hizo fue con el Banco de la República, porque había vencido el plazo máximo que otorga el BPS para cancelar las aportaciones en el marco de las facilidades de pago. Como CIMA no las pudo cancelar y había emitido cheques cuyo vencimiento era para mediados de abril, que no podía cubrir, se presentó al Ministerio para solicitar que hiciéramos gestiones a fin de que la institución pudiera continuar. La gestión que realizamos fue ante el Banco de Previsión Social, consultando si había otro plazo que se pudiera conceder. No era posible otorgar otro plazo porque la normativa no lo permite.

La otra sugerencia fue que las autoridades de CIMA pidieran un préstamo al Banco República ofreciendo garantías suficientes. Si bien esa gestión se hizo, nunca se ofrecieron garantías por parte de nadie. CIMA pretendía un crédito contra nada. Naturalmente, en la realidad actual del Uruguay no hay banco que preste de esa manera y no hubo absolutamente nadie que ofrezca garantías suficientes; no las tenía la empresa y los cooperativistas no quisieron ponerlas; tampoco las ofreció el Sindicato Médico. De alguna manera, esa situación determinó el cierre definitivo de esta empresa, luego de una larga historia.

Quedo a las órdenes para contestar cualquier pregunta.

SEÑOR LEGNANI.- Si no entendí mal, los socios de DISSE permanecieron constantes en todos estos años; fueron disminuyendo los socios individuales o familiares. ¿Esa es la evaluación en cuanto a la cantidad de afiliados?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Yo hablé del año 1998 en adelante, pero si tomamos las cifras desde el año 1995, CIMA llegó a tener sesenta mil afiliados. CIMA tuvo una caída constante de afiliados en todo el período; al momento de su cierre, los afiliados eran algo más de veinticuatro mil, de los cuales doce mil correspondían a DISSE.

Este es el supuesto fundamental que no se cumplió. Se perdieron mayoritariamente los afiliados individuales y los sanos. ¿Quiénes quedaron? Los afiliados de mayor edad, los que tenían alguna patología y los socios de DISSE que en este momento son cautivos de todo este sistema. Diría que felizmente son cautivos porque, de lo contrario, la situación que se está viviendo en CIMA se podría desencadenar todos los días con otras mutualistas.

El PROMOSS en su primera instancia necesitaba, para que CIMA estuviera en equilibrio, cuarenta y seis mil afiliados. En ese momento estaba cerca; precisaba apenas mil quinientos afiliados y estaba en equilibrio. Cuando hicieron la reestructura dijeron que además de los cuarenta y seis mil afiliados, iban a crecer un 9%, supuesto que en el plan de reconversión no se cumplió. La caída de los afiliados, especialmente de la población más sana, fue permanente.

En lo que tiene que ver con la evolución de los afiliados y el perfil etario de la población de CIMA, el doctor Risi ha preparado información.

SEÑOR PRESIDENTE.- En el momento del cierre, con veinticuatro mil socios, ¿cuántos funcionarios médicos y no médicos tenía CIMA?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Tenía setecientos funcionarios no médicos y trescientos médicos.

SEÑOR LEGNANI.- ¿La pérdida de afiliados de CIMA está por encima o dentro del promedio del conjunto de afiliados que perdieron las mutualistas?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Está muy por encima. La pérdida de afiliados en el mutualismo empieza a fines de 1999. La de CIMA empieza en 1995. Esa pérdida de afiliados -que seguramente también afectó a CIMA- no fue lo principal, ni de cerca. La pérdida llegó a un 4% de promedio acumulativo anual. Desde 1999 hasta fines de 2002 todo el sistema perdió unos 200.000 o 220.000 beneficiarios. Esto sucedió durante esos años.

Entre los años 1995 y 2000 se produjo el auge del mutualismo, en el que el aumento de la cuota fue inclusive superior al IPC. El mutualismo no supo guardar ni utilizar -en términos muy generales- esa bonanza. Allí se produjeron los desequilibrios más grandes, allí es donde se endeudó, allí vinieron los proyectos faraónicos y los convenios que después terminaron apretando financieramente a las instituciones.

Cuando ingresemos al segundo punto, relativo a la situación actual del sector privado, veremos cómo está funcionando todo esto.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Decíamos que CIMA, al momento de su cierre, tenía aproximadamente setecientos funcionarios no médicos y trescientos médicos. El Ministerio ha realizado un estudio que dio como resultado que por lo menos el 65% de los funcionarios de CIMA, tanto médicos como no médicos, había declarado ante el BPS una o dos actividades más. Es decir que además de trabajar en CIMA, por lo menos el 65% de los funcionarios tenía cargos en otras mutualistas o en el Ministerio de Salud Pública. Se da el caso de funcionarios que llegan a tener hasta tres cargos en otras instituciones. Me parecía importante aclarar este punto.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Quizás no ha quedado patente el enorme trabajo y la dedicación que ha representado lo relativo a CIMA. Me gustaría que el doctor Risi -quien desde que ingresamos en el Ministerio estuvo encargado del tema CIMA- explicara cómo se fueron sucediendo los convenios, las comisiones tripartitas, las decenas y decenas de reuniones, los controles y las acciones asistenciales y de vigilancia que hizo el Ministerio. Esto para dar la idea de que el Ministerio nunca se desentendió del problema de CIMA. Todo lo contrario: buscó por la positiva, tratando de que aquello que rompía los ojos no se cumpliera, hasta que se cumplió.

SEÑOR RISI.- Mientras ese deterioro económico sucedía, en la institución se produce lo que el señor Ministro llamaba la autofagocitación: seis gerentes, directivos y jerarcas procesados, el gremio con una gran desconfianza ante sus interlocutores, las direcciones gremiales que maximizaban salidas, proyectos con inconsistencias, desencuentros entre todos los participantes de la empresa.

Si había una salida para CIMA, nuestro primer paso era encontrar un clima de trabajo, tutelarlo, vigilarlo y proceder a que se establecieran ámbitos civilizados de conversación. Todos los señores Diputados presentes y muchos señores Senadores colaboraron para que se encontraran los ámbitos civilizados de discusión.

Cuando comenzamos este trabajo no había un ámbito para el diálogo. En el mes de mayo, cooperativistas dirigentes, cooperativistas de la oposición, médicos no cooperativistas, funcionarios y jerarquías, no habían establecido ni un solo ámbito de trabajo conjunto. Tenemos no menos de un centenar de comunicados -de todos ellos tenemos copias- con acusaciones de una parte a la otra, que manejaban cifras parciales, negadas por las contrapartes. En el mes de mayo comenzamos un trabajo para firmar un primer acuerdo en ese ámbito, tratando de propiciar un clima que restableciera la confianza y diera sustentabilidad económica a una empresa que, como se veía, atravesaba una severa etapa de crisis.

Me permito hacer una digresión para el señor Diputado. No solo caía el número de afiliados, sino que la pirámide epidemiológica de los afiliados cambió dramáticamente a partir de 1996, en que el envejecimiento de la población cayó de una relación de aproximadamente dos menores por cada mayor, a una relación de 0,4, para terminar en una relación cercana a 0,25.

Recordemos que además de perder afiliados, la media por encima de 65 años era del 28% de los afiliados, cuando el gasto directo por afiliado mayor de 65 años es tres veces más que con relación a un menor de 45.

SEÑOR BAYARDI.- ¿Qué explica la gráfica?

SEÑOR RISI.- La gráfica explica cuántos mayores había por cada menor de 45 años. Obsérvese que hasta 1996 la relación era de dos menores -llegó al momento ideal- por cada mayor. Luego se quiebra ese proceso. Las razones son muy claras: hubo en la capital una campaña muy fuerte de captación de afiliados menores y esta es la repercusión. Luego, la situación pasa a ser la de que cada 0,4 menores aparece un mayor. Por lo tanto, el envejecimiento de esa pirámide cae dramáticamente, empeora en el año 2000 y se mantiene hasta el 2002. Esta situación no solo tiene la repercusión que se traduce en un 28% de mayores de 65 años, cuando la media del sistema estaba en el 20%, sino además en los costos que arrastra esta situación.

SEÑOR BAYARDI.- Hay que corregir el cuadro, porque esa relación debe estar expresando menores sobre mayores y no mayores sobre menores.

SEÑOR RISI.- Está bien; es menores sobre mayores. Mientras envejecía la población, había que rescatar un ámbito de diálogo y dar sustentabilidad económica a la empresa. En ese sentido, el conflicto vinculado con el esfuerzo del sector no técnico en comparación con el sector técnico suponía que partíamos de que este último reivindicaba una pérdida del 51% mediante rebajas salariales y atribuía al sector no técnico el hecho de encontrarse un 8% por arriba de los laudos. Simultáneamente a eso, el sector médico había renunciado a algunas deudas y condonado algunos de los procesos salariales que se debían anteriormente. En esa instancia, se buscó un justo equilibrio para obtener un primer convenio que suponía para la empresa una disminución de gastos por el rubro de salarios, cercana a los $ 2:200.000, aproximándonos al pago del concordato que, como se recordará, era $ 2:350.000. O sea que el esfuerzo intentaba que por esta vía se pudiera llegar a ese monto, que era la obligación concordataria.

Se consiguió el primer convenio en el mes de mayo, con el pasaje de una cantidad determinada de funcionarios al seguro de desempleo con retorno asegurado, promoviendo un plan de retiro y jubilaciones. El sector médico aportaría una proporción de $ 500.000 a la rebaja salarial.

Conjuntamente con eso se forman tres comisiones de trabajo, dos de las cuales comienzan a funcionar en forma inmediata en el Ministerio de Salud Pública. Una de ellas trataba el área económico-financiera, la otra el área asistencial y la tercera, la de relaciones laborales en el ámbito del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Se trabajó intensamente en la comisión económica financiera; el representante de los funcionarios fue el economista Olesker. Trabajamos en función de buscar equilibrios y ahorros económicos para hacer frente a la situación que tenía la empresa. Estas Comisiones se reunieron y analizaron proyectos de desarrollo, los costos de cambio de modelo asistencial o de reformulaciones estratégicas; estudiaron propuestas y contrapropuestas realizadas por los técnicos del Ministerio, los de la empresa y los de los trabajadores. El mejor resultado fue que se generó un ámbito de confianza en el trabajo conjunto.

Este convenio cae por incumplimiento de la empresa al cronograma de pago. En algunos meses se llegaba a pagar el 10% o 20% del salario. Tenemos aquí una carta del gremio que vale la pena mencionar. Allí se manifiesta que se completan 120 días de atraso salarial, sumado al hecho de que la empresa comunicó un nuevo embargo. Además, no había fecha de pago de los salarios. Los funcionarios transmitieron que el ausentismo de los servicios puede sucederse y no responde a medidas gremiales, sino a imposibilidad de los trabajadores a concurrir.

Rápidamente, restablecimos un nuevo equilibrio económico en la empresa, se hizo la conciliación de créditos que mencionaba el señor Subsecretario e inmediatamente, el 16 de julio, se logró un nuevo convenio colectivo muy trabajoso, que suponía también una forma de equilibrio económico financiero. Así se acordó el pasaje de algunos médicos a licencia administrativa, el seguro de desempleo para algunos funcionarios y la vigencia de las comisiones técnicas como único mecanismo de salida de la institución. Mientras se generaba este clima, apostando con esperanza a una posibilidad de salida conjunta, difícil, el Ministerio tenía la obligación de controlar las prestaciones asistenciales. Así realizamos más de veinticinco inspecciones en la

empresa y la pusimos en plan de vigilancia permanente. Cabe aclarar que la empresa transitó algunas ocupaciones sin desplazamiento de las autoridades.

El Ministerio se constituyó con sus técnicos de inspección el 23 de mayo a la 1 y 30 de la madrugada, fecha en que la institución estaba ocupada, y realizó el acta de seguimiento de las garantías asistenciales para los usuarios. Comenzamos con un plan en el que se colocaba a la Dirección Técnica en monitoreo, con relación a los insumos básicos y los servicios. Tuvimos períodos de crisis muy severas. Pusimos un técnico jurídico al seguimiento asistencial del ámbito del concurso, en donde hubo que restablecer equilibrios ante la negativa de la empresa de ambulancias a seguir prestando servicios, aspecto que se solucionó con acuerdos en el propio Juzgado. En el mes de setiembre, por incumplimiento del contrato, se retiran los técnicos del CTI de adultos. Realizamos una mediación el 16 de setiembre de 2003, y conseguimos un plazo de traslado de los pacientes. Cada uno de estos procesos era de crisis, y el Ministerio era el que proponía caminos de salida o alternativos, apostando a buscar algún punto de encuentro

En el mes de diciembre comenzamos a tener problemas para la cobertura de los cargos asistenciales, especialmente durante las fiestas, lo que se pudo solucionar con la activa participación del Director Técnico. Empezamos a tener problemas, asimismo, con los niveles críticos de stock de medicamentos, con un bajísimo stock que se iba detectando a partir de la compra prácticamente a diario de muchos insumos de alto costo, extremo que fuimos evaluando hasta pocos días antes del cierre de esta mutualista.

El día del cierre, la empresa tenía oxígeno solamente hasta la hora 19, es decir, cada uno de los insumos estaba en fase crítica. Sin embargo, tal cual decimos en este monitoreo, no hubo un solo caso en que no se siguieran las denuncias de los usuarios; en ningún momento detectamos un deterioro asistencial como producto de la situación económico-financiera de la institución.

Esto es así hasta que el día 1º de abril, el Director Técnico de la mutualista CIMA nos comunica por vía telefónica que la situación asistencial se tornaba dramática; tenían ocho pacientes en el centro de tratamiento intensivo y no podía asegurar la compra de insumos mínimos; la institución tenía en caja solo $ 40.000. Asimismo, nos advertía que ese mismo jueves concurriría al Ministerio de Salud Pública, luego de que la Directiva tomara resolución. Tenemos las notas que la propia Dirección Técnica nos cursó en este plan de monitoreo.

En suma, creemos que el Ministerio facilitó acciones y ambientes de diálogo; concretó convenios que la empresa por sí sola no había concretado; fue garante del cumplimiento de muchos de ellos; fue facilitador y solucionador de aspectos puntuales y asistenciales. Los primeros flujos de caja de cumplimiento de los salarios los hicimos con los técnicos de los propios trabajadores. Los señores Diputados recordarán que en medio de este proceso, renuncia el Gerente General. La empresa queda sin Gerente General y sin contador, que fueron sustituidos transitoriamente por funcionarios con muy buena voluntad, por técnicos de las federaciones de funcionarios y por técnicos del propio Ministerio. Definitivamente, la División de Servicios de Salud elevó un informe al señor Ministro señalando que los esfuerzos no habían dado frutos que permitieran sustentar a la empresa CIMA y que se estaba ante un franco quiebre del cumplimiento asistencial, por lo que nos podíamos ver precipitados a una omisión de asistencia, según lo que el propio Director Técnico nos manifestaba.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- En cuanto a CIMA, entonces, estamos a las órdenes de los señores Diputados para proveer cifras más concretas o todo el material que podamos aportar.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Quiero hacer dos o tres reflexiones.

Sin ninguna duda, de acuerdo con toda la información que nos han brindado, el cierre de CIMA era absolutamente irreversible. También es cierto que se trata de un largo proceso, y allí surge nuestra duda. Nos preguntamos si en algún momento de este proceso no se estaba ya en una situación que obligaba a tomar medidas, en lugar de seguir ese largo camino, al cabo del cual todos los actores involucrados se fueron perjudicando, aumentando las deudas comerciales, que no se podían saldar. Se incrementaron las deudas financieras, las deudas laborales también aumentaban y había perjuicios desde el punto de vista de los afiliados. La disminución en el número de socios era reflejo de que la institución no estaba dando una respuesta. Por más que la respuesta asistencial fuera adecuada, es evidente que los afiliados iban perdiendo

confianza en la institución y en lugar de alcanzar un punto de equilibrio, esa mutualista llegó a tener veinticuatro mil afiliados.

Hubo perjuicio para los afiliados y también para los funcionarios técnicos y no técnicos. Primero hicieron un esfuerzo, ya que hubo rebajas salariales, y luego no se les pagó el sueldo. Al final se terminó con esta situación.

La duda que me queda es si para evitar la situación a la que en definitiva CIMA llegó -ese era el convencimiento que teníamos todos- el Ministerio en algún momento no tendría que haber intervenido. El señor Ministro dijo hace un año que esto era una caída libre sin paracaídas, es decir, un destrozo sin solución. Desde adentro de la institución el Ministerio hubiera podido ver y resolver y, al advertir que resultaba imposible su continuidad, podría haber adelantado una decisión que evitara que los perjuicios se siguieran sumando.

Aclaro que no digo esto con ánimo de entrar en una discusión. Y no voy a ingresar al análisis de la causa del cierre de una mutualista. No incide solamente lo específico de cada institución, porque si se hubieran tomado políticas generales de fortalecimiento del mutualismo, aplicándose determinadas medidas, tal vez se podrían haber evitado este y otros cierres.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Comprendo exactamente lo que plantea el señor Diputado Gallo Imperiale y sé cuál es su espíritu. Sinceramente, me pregunté más de una vez qué hacemos con esta institución. ¡Claro que era un dilema! Es que las cosas ocurrieron de forma tal que uno podía alentar una esperanza. Cambió la Directiva y vimos una intención mejor, más sana, para tratar de sacar adelante a la institución. En setiembre u octubre habíamos logrado recomponer la relación con los funcionarios, quienes venían ayudando. Venían a trabajar sin cobrar. Ellos mismos nos decían que era posible encontrar una salida y nos pedían que la buscáramos. Pero a medida que transcurría todo esto, otra institución, que en lugar de US$ 22:000.000 debía US$ 48:000.000, salía adelante, diría que por obra del espíritu santo. Que la mutualista Casa de Galicia lograra el concordato que logró, que sus directivos se hayan ingeniado para negociar con la totalidad de sus acreedores salidas a diez años en pesos y sin intereses, que se haya llegado a un acuerdo por el cual quinientos médicos renunciaron a sus juicios laborales y lo firmaron, y que la institución esté funcionando y creciendo su cantidad de socios, es increíble. Es decir que cuando hubo un espíritu real de salida y de sanidad de la empresa -¡ojalá se mantenga esto en Casa de Galicia!-, a pesar de que no quedaba nadie en el país que dijera que fuera una institución salvable, las cosas, increíblemente, salieron. Debía US$ 48:000.000. Ellos no sabían lo que debían; fue el Ministerio el que fue apurando a los efectos de que se supiera realmente cuál era el pasivo intangible de esa institución. Ahora, con la cantidad de socios y con el ingreso que tiene, puede demostrar que en el correr de once años -con el año de gracia con que cuentan- lo pueden pagar, al igual que el fideicomiso, sus deudas quirografarias y los intereses de los bancos. Consiguieron quitas del 40%, del 50% y del 60%, y lo hicieron con un trabajo sano, en el que, al final, todos colaboraron, pero diría que, fundamentalmente, fue un trabajo de su Directiva y de sus funcionarios no médicos. Después también se pliegan a colaborar los funcionarios médicos ¡y de qué manera! Como ya dije: se detienen quinientos juicios, con las firmas respectivas.

Así que mientras veíamos aquello, que era una salida casi imposible, ocurría esto con CIMA, que no fue posible salvar. Quizá yo recordaba esto porque cuando uno ve estas cosas, siempre tiene la duda de si será posible una salida ¿Qué pasa si el Ministerio la cierra para evitar mayores males, por los riesgos que implica prolongar una situación así, inclusive asistenciales, y la institución puede llegar a salir?

Son cuestiones realmente difíciles y era lo que quería plantear.

SEÑOR PRESIDENTE.- Solicito al señor Ministro y a sus asesores que en esta etapa de liquidación, de captación de socios y de toma de funcionarios de CIMA por parte de otras instituciones, el Ministerio esté atento y trate de que haya justicia y equidad en ese aspecto. Se trata de un tema que preocupa mucho a los funcionarios, según manifestaron en esta Comisión, y habíamos quedado comprometidos a plantearlo.

SEÑOR BAYARDI.- En primer lugar, que la situación había llegado a un punto que obligaba a entregar las llaves, no está en cuestión. En todo caso, me parece responsable que se hayan entregado las llaves.

En segundo término, uno tiene la sensación de que, a veces, cuando controlamos, lo hacemos mal; la necesidad de controlar es del Ministerio. Y voy a poner un ejemplo que no tiene nada que ver con el Ministerio de Salud Pública de por qué digo que cuando controlamos, controlamos mal.

En este país, el sistema financiero se cayó en el año 2002. He dicho, y figura en las versiones taquigráficas -no pretendo entrar en una polémica-, que el Banco Central -además, puedo demostrarlo- de este país no podía controlar ni el banco de una plaza, no del sistema financiero, sino el banco de la plaza de mi barrio, porque nos vamos enterando de algunas cosas. Acá se dice que queda demostrado que había situaciones ocultas; deudas que uno descubría después. En realidad, espero que algún día, en este país, quienes no puedan cumplir con sus funciones y las cumplan mal, sean funcionarios públicos o privados -en este caso, los colegas del contador Pesce, que están en la actividad privada-, terminen todos presos. Me voy a alegrar. En el fuero íntimo voy a decir: nos estamos pareciendo a un país relativamente más serio, porque uno deja de cumplir las responsabilidades y no pasa absolutamente nada.

Propongo al Ministro que imaginemos que en la puerta de un hospital, en calidad de médicos, no cumplamos con nuestras responsabilidades. Mereceríamos quemarnos en el infierno, para los creyentes. En definitiva, tengo la sensación, el retrogusto amargo de que esa situación se da.

No creo que lo de Casa de Galicia sea magia. Soy poco proclive a la magia y, además, medio agnóstico, por lo que para la búsqueda de las explicaciones se me complica un poco. Obviamente, a veces, los pesos y las voluntades políticas también inciden en la búsqueda de soluciones. No solo me refiero a pesos o a responsabilidades o a pesos o respaldos en la esfera nacional, sino también en la internacional, que habilitan que se puedan encontrar salidas que muchas veces son distintas para un grupo que para otro. De todos modos, el Ministerio tiene mucha más información que yo para analizar las posibilidades materiales de una y de otra mutualista. Además, no estamos hablando de un sistema que se haya descubierto hace poco que está en la situación en que está. Ahora, oía algunos resultados de inspecciones y de controles, y supongo que al Ministro le pasa lo mismo que a mí en el siguiente aspecto. A veces vamos a la puerta de una farmacia a buscar medicamentos y está muy complicado, no ya por la discusión sobre los genéricos -comparto la política de los medicamentos genéricos-, sino porque en muchos casos medicamentos no muy costosos que desde el punto de vista clínico me parecen imprescindibles, no se entregan por largos períodos de tiempo en algunas mutualistas del país. Alguien me dirá que si no es muy costoso, se puede solucionar de otra manera. Sí, el Diputado Bayardi lo puede solucionar de otra manera, por ahora, pero el común de los afiliados, no. Entonces, creo que hay que evaluar esa situación con más detenimiento.

De todos modos, el doctor Risi decía que en este proceso hubo gente que terminó procesada. Me alegro; si la Justicia de este país terminó procesando a alguien, festejo. Después veremos cuál es el resultado final del procesamiento, pero en primera instancia, festejo; no está todavía definido, pero festejo.

En cuanto a que hay gremios enfrentados, debo decir que esa situación se da en el marco de la salud desde largo tiempo atrás y sabemos que para CIMA el nivel de enfrentamiento fue menor en esta última etapa que en anteriores, en que vivimos largos procesos de conflictividad por larguísimos períodos.

Entonces, se llegó al punto al que se arribó y hubo una responsabilidad en ese sentido, pero no es menos cierto que hubo un largo período de tiempo en el que con la asunción de las nuevas autoridades surgió cierta voluntad política de cambios, que el propio Ministro recogía y que despertaba cierto grado de esperanza. Dejamos eso por ahí porque no solo con esperanzas se encuentran las soluciones.

En ese momento, se llevaron adelante algunas iniciativas que tuvieron que ver con rebajas salariales, con reestructuras que implicaban rebajas salariales en ambos sectores de la actividad interna -médicos y no médicos-, haciéndose frente a un compromiso que era el de las deudas laborales reclamadas en la Justicia. Alguien me podrá decir que eso no se puede obviar porque implica otros niveles de trabas al funcionamiento, pero esas obligaciones eran del orden de los $ 2:000.000; a ese nivel llegaban las reclamaciones por despido. Esta es una situación que obviamente en algún momento debería terminar, pero conocemos una cantidad de denuncias de deudas laborales del sector salud generadas desde hace mucho tiempo que quedaron sin pagar.

Había una relación muy fluida entre el Ministerio y la institución en todo este proceso de seguimiento y de búsqueda de alternativas; lo dijo el propio Ministro y el doctor Risi.

Es claro que al bloquearse el pago de DISSE en la última etapa, se daba una situación en la que iba a ser muy difícil operar, dado el déficit de caja.

Más allá de las explicaciones que no tengo por qué poner en cuestión -no lo hago-, queda la sensación -por lo menos así se me trasmitió a mí por parte de alguno de los directivos, por mencionar la fuente- de que no solo estaba la voluntad de encontrar una salida sino que había cierto grado de confianza en cuanto a que esa salida se estaba encaminando.

Más allá también de las gestiones de que se dio cuenta ante el Banco de la República -obviamente el Ministerio no puede forzar la voluntad del Directorio del Banco- y ante el Banco Comercial en lo que tiene que ver con la segunda cesión del cheque de DISSE, todo esto demuestra que había cierta confianza en cuanto a que la salida se estaba encaminando.

Aclaro que no voy a defender intereses sectoriales, pero quiero decir que conozco a uno de los directivos y si bien no creo que su nombre signifique nada, fue compañero de estudios hace muchísimo tiempo. Podría decir que hace cinco meses, tras almorzar juntos, me dio la sensación de que él estaba convencido de que se iba a encontrar la salida siempre y cuando se solucionaran algunos temas que estaban planteados.

Por lo que se me trasmitió, ellos no tienen la misma sensación con relación a la respuesta del contador Pesce en cuanto a que el déficit operativo mensual se había agravado; sí me hablaban del peso del déficit económico-financiero, pero no necesariamente de lo que había sido el déficit operativo mensual. Fue por eso que hice la pregunta que el contador Pesce me contestó con un informe que, supongo, responde a un seguimiento interno del Ministerio.

(Ocupa la Presidencia el señor Representante Gil Solares)

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Es el informe firmado por el contador Otegui. Por ser un hombre avezado, que había intervenido desde el inicio -trabajando por contrato- en el programa PROMOSS, mucho antes de que yo estuviera en el Ministerio y estaba acostumbrado a hacer evaluaciones de los balances y de las situaciones de las empresas de salud, le pedimos un informe independiente, que no fuera de nuestros técnicos. Queríamos que alguien desde afuera y fríamente evaluara esa situación y por eso se encomendó esa tarea al contador Otegui.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- El informe del contador Otegui es de julio de 2003 y recoge la realidad anterior a esa fecha.

De cualquier manera, me animo a decir que sobre la realidad contable de CIMA durante todo el año 2003 no hay registros confiables. Durante el segundo semestre de 2003 y primer cuatrimestre de 2004 -o sea, hasta abril-, CIMA se manejó fundamentalmente con flujos de fondo. Tengo en la carpeta material sobre flujos de fondos presentados por CIMA, mensuales y acumulativos. No es una contabilidad sacada de los comprobantes; no obedece a registros contables sino a proyecciones en base a supuestos, muchos de los cuales son muy voluntariosos, pero no tienen sustento desde el punto de vista documental. Entonces, las diferencias que puede haber en cuanto al hecho de si tengo o no resultados operativos, si estoy en equilibrio, si estoy en -1, -3 o más 0,25, es realmente muy discutible en base a los elementos que se toman para medir ese resultado.

Desde el punto de vista de los resultados no operativos, básicamente de la parte financiera, creo que CIMA ha tenido una situación muy particular. Tenía un crédito con la banca gestionada y eso lejos de ser un inconveniente fue una ventaja comparativa, en virtud de que los créditos no se hicieron exigibles rápidamente sino que después de la crisis financiera tuvo una instancia de negociación en la que la institución obtuvo liberación de garantías, de cesiones y demás. Realmente la comisión liquidadora del Banco Comercial fue muy flexible en cuanto a dar a CIMA la oportunidad de que continuara funcionando.

SEÑOR BAYARDI.- Agradezco la aclaración del contador Pesce porque teníamos una diferencia con la apreciación que se me hacía. Ahora él me aclara que era un informe de julio de 2003.

Vuelvo al principio. Teniendo la potestad de auditoría y de contralor como la que tiene el Ministerio, en el marco de la actual legislación -aclaro-, hay respuestas que a veces resulta difícil admitir. Y si hubiera necesidad de un marco legal, conociendo al Cuerpo, imagino que estaría dispuesto a instrumentarlo; no hay que ponerlo en duda. ¿En qué sentido? En cuanto a que si las situaciones económico-financieras no se registran de acuerdo con lo que el Ministerio de Salud Pública exige, se deberían intervenir las instituciones por incumplimiento de las normas. ¿Faltan facultades para intervenir? ¡Traigamos para acá los proyectos pertinentes que los sacamos rápidamente! ¡Hemos sacado cada cosa por ley de urgencia sobre las que uno se preguntaba cuál era el objetivo!

A lo que apunto es que a veces nos encontramos dudando sobre los números que se nos presentan y esa duda es terrible a los efectos del control de largo plazo de la situación de saneamiento o de la situación crítica del sistema. Hay que tener en cuenta que si bien estamos hablando de CIMA, todos sabemos que el escenario es más complicado que el de esa institución y que puede haber situaciones en las que desconozcamos en dónde estamos parados.

Es decir que deberíamos tomar medidas antes de que el Director Técnico tenga que venir a buscar la llave o antes de que el señor Ministro deba sacársela de las manos. De lo contrario, derivaremos en una situación complicada. Acá se produjo, independientemente de la voluntad que haya habido, un estado de situación. El señor Diputado Gallo Imperiale decía que el escenario de las previsiones pudo haberse montado hace rato. Así es que terminamos tomando medidas en el río revuelto. Y todos sabemos que en el río revuelto ganan los pescadores. Todos lo sabemos. Quería dejar estas constancias en función de lo que se ha informado.

Por otra parte, quisiera saber -he tendido a ser bastante transparente en mis valoraciones; pretendo serlo en lo cotidiano- cuál es el estado de situación de los afiliados, cuál es el flujo de distribución de los afiliados, así como si dentro del flujo de distribución de los funcionarios se puede desagregar entre los técnicos y los no técnicos. Esta fue una preocupación de los integrantes de la Comisión y es una demanda que ha llegado a muchos de nosotros.

(Ocupa la Presidencia el señor Diputado Amen Vaghetti)

____Para que no quede nada debajo de la manga, voy a hacer entrega al señor Ministro de una complicada denuncia del Sindicato Médico, que implica a las autoridades hoy presentes y a una mutualista con la que me unen vínculos afectivos por haber trabajado en ella por mucho tiempo.

En ese sentido, quisiera en primer lugar que se proporcionara la mayor información respecto a la distribución de los socios, de los funcionarios y de los técnicos. En segundo término, quisiera decir que no me parece de recibo dejar los nombres que están en la denuncia.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- No terminé de leerla, pero quiero decir que ya estamos acostumbrados a este tipo de denuncia sin firma, que dice que es del Sindicato Médico, pero que nadie se hace cargo de ella; inclusive, no se sabe si parte de una asamblea o del Comité Ejecutivo. Esta denuncia no está firmada y, por supuesto, ya estamos acostumbrados a estas cosas.

En la supuesta denuncia del Sindicato Médico se establece: "[...] el SMU resuelve denunciar ante la opinión pública:.- 1) La conducta del Ministro de Salud Pública, Dr. Conrado Bonilla, quien ante la emergencia aseguró una y otra vez a representantes médicos la solución de la crisis de CIMA, al tiempo que negociaba a sus espaldas el cierre de la institución.- 2) La escandalosa implicancia en el asunto de altas jerarquías del MSP, que pretenden compatibilizar las delicadas funciones ministeriales con una estrecha vinculación con una conocida mutualista" -de la cual me fui renunciante; esa es mi vinculación con la institución y algún día les voy a hacer llegar la nota con la que renuncié; el señor Diputado Bayardi me acota que la tiene; se trata de una institución a la que quiero, al igual que el señor Diputado Bayardi- "la cual ha visto notoriamente incrementado el número de sus socios en los últimos años, impregnando todo el proceso de cierre de CIMA, de una absoluta falta de transparencia".

SEÑOR PRESIDENTE.- Si la denuncia no tiene firma, es potestad del señor Ministro comentarla o no.

SEÑOR BAYARDI.- Yo no me hice cargo de la denuncia; solo informé acerca de ella. Al recibir información al respecto, la Comisión podría despejar dudas. Conozco la relación del señor Ministro con esa mutualista y la situación que llevó a su renuncia. Pero me parecía del caso formular preguntas al respecto para aventar las dudas que pudieran surgir.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Agradezco al señor Diputado Bayardi que me haya dado la posibilidad de conocer esa denuncia -que debe ser de ayer o de hoy- y de manifestar mi opinión al respecto.

El doctor Risi ha estado a cargo de toda esta compleja operativa de distribución de afiliados y de funcionarios. En ese sentido, sería bueno que diera los detalles de cómo se está llevando a cabo.

SEÑOR RISI.- Por orden de importancia, me voy a referir a los aspectos que hacen a lo trascendente del proceso de cierre y de transferencia de afiliados, a la garantía en el proceso de transferencia de afiliados y al cronograma de trabajo para la implementación del documento del 4 de abril. Estos son los hechos a los que tengo obligación de referirme, no sin hacer luego algún comentario respecto a lo que nos aporta el señor Diputado Bayardi.

El 4 de abril de 2001 todos los actores de la Salud firmamos un documento en el cual gremios, empresas y asesores aceptaban la posibilidad de que en este país cerraran instituciones. Asimismo, aceptaban el mecanismo del denominado Plan B, en caso de que alguien transitara el Plan A y no se llegara a operativizar, tal como ha sucedido en otros casos.

El Plan B del documento del 4 de abril ha sido y es un compromiso de este Ministerio. El procedimiento comienza el 2 de abril con la invitación del Ministerio de Salud Pública a todas las instituciones para que se comprometan a la incorporación de afiliados y de trabajadores. En ese sentido, recibimos solicitudes de la mayoría de las empresas del país. A partir de allí, el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social comunicaron conjuntamente y en forma pública sobre las instituciones a las que los usuarios podían afiliarse con el recibo pago del mes de febrero acreditando su pertenencia a la mutualista CIMA, sin examen de ingreso y con todas las garantías.

Ese día así como durante toda la Semana Santa trabajamos con los funcionarios en la institución y aportamos un documento denominado "Mecanismo de Control de Transferencia de Afiliados". Asimismo, invitamos por la prensa en comunicados públicos a todos los trabajadores para que nos hicieran llegar cualquier denuncia que constatara o comprobara hechos ilícitos.

Simultáneamente, también comprometimos con los trabajadores la metodología del cronograma de trabajo, mediante un documento escrito y firmado que se llama "Cronograma de trabajo. Implantación del documento del 4 de abril. Incorporación de trabajadores no técnicos". Para darle transparencia al proceso invitamos a los trabajadores a una Comisión de Seguimiento del Programa de Transferencia de Afiliados. En el día de hoy notificamos a todas las instituciones de que deben presentar su primera declaración jurada al 30 de abril y su segunda declaración jurada, de absorción de socios, al 31 de mayo. Paralelo a eso se realizará el cierre del padrón de DISSE el 10 de mayo de 2004 y en base a eso comenzará la distribución de las bases de datos de funcionarios para el procedimiento de absorción.

Conjuntamente con la Federación Uruguaya de la Salud establecimos una Comisión de Seguimiento respecto del cumplimiento de los ítems de absorción de funcionarios y el proceso se está desarrollando tal cual hemos comprometido.

Si los señores Diputados desean podemos dar detalles de estos documentos, para no ahondar ahora en la operativa y mecanismos de control.

Quiero hacer algún comentario respecto a ese papel que mencionó el señor Diputado. Tal vez, señor Diputado, eso sea así porque controlamos más que lo que debemos. Tal vez sea porque no nos templa ni nos quiebra ningún proceso, pero estamos acostumbrados a la cobardía y a la miseria humana. Entramos con la frente en alto en todos los lugares, aun en la discrepancia.

Siendo Presidente el señor Diputado Gallo hicimos una denuncia penal por falsificación de firmas y dimos cuenta. En esa denuncia penal, que también involucraba esos compromisos que dicen que existen, se comprobó que las firmas que estaban en ese documento eran falsas.

Nuestro prestigio no nos lo dan esos sucios papeles; nuestro prestigio, en los veinte años que hace que trabajamos en la salud, es haber sabido discrepar con respeto y somos, tal vez como nadie, fieles cumplidores de la ley. Nos hemos encontrado con muchos de ustedes en la discrepancia, pero nos hemos hecho con trabajo y nuestro nombre no está en tela de juicio.

Además, señor Diputado, esos cobardes tampoco nos paran por la calle. Los invitamos a que lo hagan. Creemos en la Justicia y estamos deseosos de poder demostrar quién somos ante quien quiera y en cualquier ámbito. A mí también me gusta que aumenten los presos, aquellos que se lo merecen. Créame, señor Diputado.

SEÑOR GIL SOLARES.- La realidad de nuestro país nos hace ver las cosas de una manera muy especial. La medicina nacional es un caos. La pobreza de la salud pública, expresada en todo lo que vemos, sentimos y obramos en los hospitales del Ministerio de Salud Pública, avala lo que decimos. Me refiero al caos de la pobreza en la salud pública y a la mala gestión en el mutualismo y en algunas IAMC, entre las cuales me permito diferenciar. Una cosa es el mutualismo clásico y otra son las IAMC. Hay algunas que andan muy bien y otras que tienen problemas.

En la historia económica de la humanidad el dinero siempre ha sido un problema. En términos generales, digo que una de las graves enfermedades de la humanidad es la "dineritis", eso que uno ve que aparece y desaparece, que está y no está y que lo comparamos siempre con el juego de la mosqueta. Nada por aquí, nada por allá, y cuando queremos acordar la cosa está en otro lugar.

Pero lo que nosotros entendemos que desde un Ministerio de Salud Pública debe existir y desarrollarse con toda firmeza y con todos los avales de la ciencia económica, es la auditoría preventiva y no la auditoría curativa o pretendidamente curativa, porque esa siempre llega tarde. Siempre termina con que las instituciones en cuestión están liquidadas y no se pueden volver a la normalidad.

Entonces, entiendo que de alguna manera que no puedo definir por razones obvias, por cosas que superan mi capacidad natural, mi formación natural, el concepto, igual que en la medicina, "Más vale prevenir que curar", es que la auditoría preventiva tiene que dar frutos mucho más beneficiosos de los que estamos comprobando hasta hoy, no solo en CIMA sino en tantas otras instituciones que han pasado por el Ministerio de Salud Pública.

Tenemos la impresión de que la moral general, simplemente la moral natural, está muy en baja. Y que tenemos que recuperarla es absolutamente obvio. Si no la recuperamos nunca vamos a llegar a ser un país creíble para nosotros y serio para el resto del mundo, y viceversa. Simplemente eso era lo que quería decir como una descarga, como una expresión sentimental de lo que estamos viendo en la salud general del país.

SEÑOR BAYARDI.- Voy a hacer una aclaración al doctor Risi. En realidad, no me hice cargo de ninguna de las cosas que dice este papel. Hice una pregunta que no es ajena a sacar conclusiones en relación a lo que dice el papel; no tengo ningún cuestionamiento en este momento para las autoridades del Ministerio en relación a los eventuales contenidos de este papel. Lo único que hice fue una pregunta haciendo referencia al contenido del papel. No me pareció del caso darlo a conocer. El señor Ministro es libre de hacer lo que entendió del caso y le dio lectura.

Aclaro que si tuviera un grado de convencimiento de una situación distinta, no lo estaríamos hablando en una Comisión sino que estaría llamando a responsabilidad al señor Ministro de Salud Pública.

Lo aclaro para que no se malentienda. No fue una jugada por elevación, ni nada que se le parezca. La pregunta que hice fue dirigida a algunas cuestiones que emanan o pretenden emanar de este papel que me había llegado. Por mi parte, aclaro al doctor Risi que puede sentirse tranquilo, porque si mis conclusiones fueran otras no estaríamos en este plano de trabajo.

SEÑOR RISI.- La única dificultad que podremos tener en este proceso de transferencia de afiliados es con respecto a aquellas instituciones que no adhirieron al documento del 4 de abril en este proceso y que sí sabemos han tomado afiliados. Allí tenemos un problema de competencias y desde los primeros días de la semana hemos intentado resolverlo. La dificultad ha sido que una institución en concreto nos manifiesta el hecho de no prohibir la afiliación de esos afiliados. Nosotros tenemos un compromiso asumido respecto a que estos son afiliados particulares, no son afiliados DISSE, por cuanto los padrones están cerrados para esas empresas que no adhirieron al documento. Tenemos el compromiso de que esas empresas reflexionarán y de acuerdo con la cantidad de afiliados que ingresaron voluntariamente, tomarán trabajadores. Hoy esbozamos este compromiso, pero no lo podemos confirmar.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Quiero decir al señor Diputado Gil Solares que participo de su idea. También creemos que las auditorías deben ser fundamentalmente una herramienta preventiva. Con la misma sinceridad digo que cuando llegamos al Ministerio no teníamos posibilidad de hacer esto; no funcionaba bien esa parte organizativa que requiere que la información llegue y que las instituciones no pasen cuatro meses para mandar su balance. Ese tipo de cosas pasaba. Ahora, la que no cumple en treinta días tiene una multa; créanme que la multamos bien y tengo ya una punta de multadas. Por suerte, a lo largo de estos meses hubo cambios. Invitamos al Diputado a que concurra con nosotros al Ministerio, a la sala de control de gestión y control de calidad, para que observe cómo en los sistemas informáticos vamos llevando, mes a mes y una por una, la información de la totalidad de las instituciones del país relativa a lo económico-financiero, a sus flujos de fondos, a todo lo asistencial y a todo lo organizativo.

Podemos mostrar esto a los señores Diputados cuando quieran. Nos reunimos en la sala de trabajo y podemos verlo; a lo sumo puede haber alguna institución que no haya cumplido con el mes pasado, pero es seguro que la información está al día hasta el mes de marzo. Esto ha dado un enorme trabajo a ese nivel. Las instituciones no siempre lo comprendieron. Nos acusaron de desconocer la operativa y nos dijeron que no tenían tiempo para trabajar para el Ministerio; pero no había otra manera. La forma de fortalecer, precisamente, ese pilar no es dejando que las instituciones hagan los balances y los balancetes a los cuatro meses, que nadie sepa de ellos, que no vengan con la firma de contadores y nos manden cualquier cosa que uno no sabe si es información real. Ahora nuestra información del SINADI se cruza automáticamente con la información de las declaraciones juradas al Fondo Nacional de Recursos y al Ministerio de Economía y Finanzas para que la comunique al Banco de Previsión Social. Estamos cruzando la totalidad de la información y sé exactamente cuántos son los recibos emitidos, los recibos cobrados, la morosidad, qué pasó con los afiliados de DISSE, qué pasó con los convenios colectivos y qué pasó con cada socio individual. No teníamos esta información y, por suerte, hemos logrado hacerla más prolija, si bien todavía nos falta algo que para mí es clave y ojalá pudiera terminar el año imponiéndolo: la información de costos. Desgraciadamente, esa información no es fácil de imponer y no hay más remedio que educar para poder hacerlo. Además, no se trata de cualquier costo, sino de que todos tenemos que hacer un procedimiento compatible a los efectos de poder comparar. Si cada uno hace costos como le gusta, nunca vamos a poder comparar porque estaríamos hablando de peras y manzanas. O todos hacemos costos por absorción en base a centros de costos o hacemos costos unitarios por paciente atendido; habrá que resolver ese tipo de cosas, pero vamos camino a eso, que es la información que debería complementar a todo el resto.

SEÑOR LEGNANI.- Aceptamos la invitación del señor Ministro; quizás organicemos una visita para dentro de un mes.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- De acuerdo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no hay más inquietudes, estamos en condiciones de abordar el segundo punto del orden del día.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- En la invitación los señores Diputados referían al plan de medidas adoptadas y de futura aplicación por parte de la Secretaría para atender esta situación de crisis. Algunas ya las hemos mencionado y no vamos a repetir. Creo que la herramienta fundamental para entender lo que estaba pasando con el subsector privado fue la reorganización de la División Servicios de Salud. Eso es lo que nos ha permitido hablar con propiedad y con números en la mano,

porque si no era todo un parecer, todo era aproximado, con balances que no podíamos confirmar, con activos disfrazados que ahora ya no llegan; ahora ese tipo de balances es devuelto, la institución multada y vuelven como el balance que debe presentar. Nos ponían como activo lo que pagaban de promoción -nos ponían cualquier cosa-, cualquier evaluación de propiedades, cosas insólitas. Todo era activo para poder disminuir en proporción el pasivo correspondiente.

No quiero seguir abundando sobre esto. Estaré encantado de que puedan ver por ustedes mismos cómo con dificultades, pero ya con la herramienta funcionando, vamos monitorizando las instituciones y viendo su funcionamiento. Una de las herramientas que ha servido para sacar adelante esta iniciativa -que ha tenido un papel importante- es el PROMOSS que, además, permitió contar con gente educada en ese tipo de seguimiento, es decir, que lo contadores y demás funcionarios a cargo del control de calidad que maneja la doctora Buglioli se acostumbraran a reales controles de calidad y que pudieran cruzar los estados financieros de las empresas con la producción y con la calidad de lo que dan, cosa que jamás se hacía antes. Lo que está gastando la institución en sueldos, en exámenes tercerizados o propios, en radiología, ¿se compadece con lo que atiende en policlínicas, con lo que atiende en internación, con lo que opera? Ese tipo de cruzamientos es lo que nos permite saber si una institución está funcionando bien o mal, y para eso se precisa gente entrenada, con información seria y que sepa trabajar. Por eso doy una enorme importancia al Departamento de Gestión de Empresas Asistenciales y al Departamento de Calidad de Empresas Asistenciales.

Debo decir que la herramienta del fideicomiso ha resultado tremendamente valiosa. A esa crisis -que sigue existiendo- del subsector privado, la estamos viendo evolucionar en el último año, o año y medio. No puedo ponerme demasiado contento, pero sí un poco. No por razones que se deban a nosotros, sino porque sin duda en el país se ha dado un vuelco en los últimos meses, el número de socios dejó de perderse; no sólo se estabilizó en un principio, sino que empezó a crecer. Voy a hacer llegar a la Comisión las gráficas que empiezan a mostrar cómo paulatinamente los guarismos se empiezan a elevar: en lo que va del año, el mutualismo tiene unos 70.000 o 75.000 afiliados más que en noviembre de 2003.

SEÑOR LEGNANI.- ¿Por DISSE o afiliados individuales?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Me refiero al total: 50.000 por DISSE y unos 25.000 individuales, tanto en el interior del país como en Montevideo.

Por otro lado, en ese monitoreo, muy de a poquito vemos mejorar los estados de resultados y los compromisos del Ministerio. Es así que una deuda que era de casi $ 900:000.000 al 28 de febrero de 2003, cuando asumí funciones en esta Cartera, ahora está en $ 230:000.000. Hemos logrado pagar una enorme cantidad sin resentir nada en el área asistencial y sin que tuviéramos desabastecimiento. Aun con dificultades, hemos podido pagar más de $ 700:000.000 en el año.

SEÑOR GIL SOLARES.- ¿A qué sectores?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- En una diapositiva veremos a quiénes se les pagó esas cantidades y cómo el mutualismo -las IAMC- se vio favorecido con ese pago que ayudó a su alivio.

No ha salido del todo de la problemática; claro que no, pero se está gerenciando mejor; los números están mejor; no hay más caída de socios y las instituciones se empiezan a recuperar; comienzan a utilizar mejor el vademécum de genéricos con sus médicos, etcétera.

No decimos que estamos fuera de peligro ni cosas por el estilo: de hecho hay instituciones en peligro; pero me atrevo a decir delante de ustedes que creo que no se nos va a caer ninguna más. Uno no puede saber esto a ciencia cierta, pero no solo es un mero deseo: tenemos elementos como para pensar que, si bien en algunos casos se tendrán que adoptar medidas un poco fuertes o duras, vamos a ir corrigiendo vicios que han quedado en algunas instituciones, y otras se irán encarrilando solas hacia un gerenciamiento sensato, responsable, sin contraer endeudamientos que no deben, mostrando sus números reales, sintiéndose vigiladas y haciendo una mejor gestión, para lo cual están ayudando enormemente los funcionarios no médicos.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Luego de asumir esta Administración, entre los meses de abril y mayo hicimos un conjunto de reuniones con todos los actores de la salud, fundamentalmente con los del mutualismo, para ver, en conjunto, cuál era la problemática y qué medidas se debería adoptar para fortalecer todo lo que tiene que ver con el sector mutual, el de las IAMC. En esas instancias se estableció al endeudamiento como el gran problema que tenía el mutualismo. Estoy hablando de un endeudamiento realmente importante, en el entorno de los US$ 238:000.000 a setiembre de 2002. Se trataba de un endeudamiento comercial, financiero y diverso. El comercial era con las clínicas de diagnóstico; pero el grueso de este endeudamiento era con los laboratorios como proveedores de medicamentos.

Podemos decir que el endeudamiento comercial fue atendido por el PROMOSS: todas aquellas instituciones que tuvieron proyectos de reconversión aprobados recibieron dinero con destino a la cancelación de sus deudas comerciales. El dinero también se utilizó para la reanudación del crédito a las instituciones.

En tanto, el endeudamiento financiero era, básicamente, con la banca gestionada. Al haber habido un colapso en el sistema financiero, la banca pasa por todo un proceso que, de alguna manera, también ayuda a las instituciones en el sentido de que el vencimiento de esas deudas se renegoció a tasas más bajas y a plazos más largos. Entonces, hubo una descompresión de la presión financiera sobre las instituciones.

Pero en aquel momento estaba latente el problema del endeudamiento laboral -las deudas diversas- y las deudas con los organismos de previsión social; este sí que era un problema grande. Todas estas instituciones tienen una gran cantidad de trabajadores: la más chica cuenta con quinientos funcionarios, las otras tienen seiscientos o mil y de ahí para arriba; hay instituciones con seis mil, ocho mil o nueve mil empleados. Entonces, cuando se generan endeudamientos laborales, como cada uno de ellos puede iniciar acciones individualmente -de hecho cuando la situación es deficitaria, hay atraso en el pago de los salarios y comienza a aparecer un conjunto de reclamaciones-, la parte laboral se vuelve casi inmanejable y no hay forma de controlar en su totalidad los juicios que inician los trabajadores por el pago de sus salarios. Además, esos juicios están fundados en un laudo que tiene un montón de años -el del Grupo 40- y de alguna manera se genera una situación continua de deudas laborales.

Es sabido que si yo me presento a deducir judicialmente una obligación laboral, no solo se trata del reclamo en sí, sino también de los honorarios del abogado, etcétera. Entonces, en las demandas laborales se multiplican por dos, y hasta por tres, las cifras originalmente reclamadas.

Esta situación era la que daba mayor fragilidad a las instituciones porque el endeudamiento laboral era grande y no había un inventario correcto de todos los juicios laborales en trámite, ni por sus montos ni por la forma en que se iba a transar en ellos.

Y esa fue una de las mayores preocupaciones porque la justicia laboral actúa en forma independiente. Entonces, una vez que se presenta una demanda y el Juez establece una medida cautelar, automáticamente traba embargo sobre los ingresos de las instituciones, practica una retención judicial de caja. Eso determina que todos estos juicios laborales terminen sacando los ingresos de la institución. Si el Juez aplica una medida cautelar, envía un interventor de caja y le dice: "De la recaudación del día usted saque el 20% para cancelar el juicio con Fulano de Tal".

Cuando eso se multiplica por muchos funcionarios, las instituciones ven estrangulados sus ingresos y se dan cuenta de que el oxígeno que tienen para funcionar todos los días lo pierden continuamente debido a las retenciones judiciales de caja.

Hay instituciones que a mediados de 2003 tenían retenciones judiciales de caja por el 90% de sus ingresos; esto determinaba que lo único disponible fuera el 10% de lo que cobraban. Esta situación las precipitaba a una caída, lo que para nosotros era un problema muy importante.

Fue en ese momento que, entre otras medidas, pensamos en una moratoria general del sector, pero esto no era viable; por ley no se podía aplicar una moratoria por dieciocho meses. Como en aquel entonces en el Parlamento se estaba considerando el proyecto de ley sobre fideicomiso y nos parecía una herramienta muy adecuada, seguimos muy de cerca todo su proceso hasta que fue aprobado en el mes de octubre.

Reitero que entendimos que era la herramienta adecuada para dar a todas las instituciones un blindaje laboral, es decir, para esta deuda que es de corto plazo -en la que hay deuda litigiosa y demás- vamos a crear un flujo de fondos independiente para que en el tiempo se vaya amortizando. De esta forma, una deuda de corto plazo la transformo en una de largo plazo, doy la certeza de que los fondos del fideicomiso son inembargables, descomprimo la situación de los créditos laborales y logro una paz gremial de forma tal que permita trabajar más cómodamente a las instituciones.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Y a la vez permitiría meternos dentro de la empresa con endeudamiento laboral, a efectos de conocer todo el manejo asistencial y económico financiero, que solo conocía PROMOSS. De otra forma no habríamos tenido los mecanismos.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Aquí se logra abarcar la totalidad del sistema - tanto de Montevideo como del interior del país-, y empezamos a trabajar en ese sentido.

La filosofía principal de la herramienta del fideicomiso era transformar la deuda de corto plazo en largo plazo, dar un fondo de flujos inembargable de forma tal que el trabajador tuviese la certeza de que lo que le debían se lo iban a pagar a través de acuerdos laborales homologados en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y mejorar la gestión de los recursos humanos.

Los problemas eran del siguiente tenor: las IAMC en la pasada década experimentaron una situación deficitaria anual acumulativa, había pérdida de afiliados DISSE -por ende, la pérdida de dichos ingresos- y falta de flexibilidad de las organizaciones en adecuarse a la nueva demanda. Los problemas de gestión y los costos de salud generaron un endeudamiento en Montevideo de US$ 300:000.000, al 30 de setiembre de 2003.

Como bien explicó el señor Ministro, la cantidad de afiliados venía en caída: de un millón y medio de afiliados -aproximadamente- que había en 1999 se pasó a un millón trescientos cincuenta mil en 2003. Recién en julio o agosto de 2003 la cantidad de afiliados comienza una recuperación.

El peso del endeudamiento, la falta de superávit de las instituciones, los intentos fallidos de reconversión, la crisis de junio, proponían un nuevo orden para el sector.

El endeudamiento laboral es variable en cantidad, es diferente entre Montevideo y el interior, y en la capital existen instituciones que no tenían endeudamiento laboral -estaban al día en el pago de salarios-, pero sí comercial y financiero.

Esta lámina muestra la deuda por afiliado en las diferentes instituciones: la deuda total por afiliado y la deuda con el personal por afiliado.

Acá hay un aspecto importante: de alguna manera, el endeudamiento laboral deja a las empresas en situación de cierre cuando se inician masivamente los juicios. El fideicomiso da a la empresa el blindaje laboral. Para estar comprendido dentro de los créditos que se abonaban en el fideicomiso se debía renunciar -era una condición- a todos los litigios que se tuviesen con las instituciones. Es decir, se debía renunciar o transar los créditos litigiosos. Esto ha provocado que se renunciara o transaran las 80, 100 o 120 demandas que se habían iniciado contra las instituciones para poder ser pagadas a través del fideicomiso. A su vez, esto también ha implicado un cambio en el relacionamiento de las instituciones con el personal porque aquella alta y creciente conflictividad, que estrangulaba la caja, ha disminuido, se ha renunciado a los juicios y se cobra del fideicomiso, que es inembargable.

El fideicomiso parte del último aumento de cuota -diciembre de 2003-: el 2,3% del incremento de cuota se destina a la creación de un fondo para el pago del endeudamiento laboral.

Además del fideicomiso, que fue el instrumento que encontramos como moratoria del sector, que pasa el endeudamiento mutual de corto a largo plazo, también se adoptaron medidas respecto al endeudamiento del Estado con los proveedores.

En este cuadro se muestra la deuda que mantenía el Estado con los proveedores a diciembre de 2002 y a setiembre de 2003. Al 31 de diciembre de 2002 el Ministerio de Salud Pública -no está considerado lo

correspondiente a Sanidad Policial ni a Sanidad Militar- debía a sus proveedores $ 887:000.000; a setiembre de 2003 la deuda era de $ 233:000.000.

Eso se logra a través de la aplicación de los Decretos Nos. 37 y 184, de 2003, que ofrecen a los proveedores del Estado con carácter general que su endeudamiento se concilie y se pague en certificados en Unidades Indexadas a partir de noviembre de 2003 y durante 24 meses. En todo lo que tiene que ver con fondos rotatorios, estudios, servicios, convenios e intereses, materiales médicos, CTI -todos esos elementos importantes-, hay proveedores que son IAMC, es decir, instituciones mutuales que venden servicios al Estado. Para estas, durante el año 2003 se encontró un mecanismo de pago de esas deudas. Si bien no se instrumentó al contado, a través de una sola partida, se implementaron certificados de crédito que pueden ser utilizados para pagar los impuestos o las cargas sociales. De ese modo logran oxígeno desde el punto de vista financiero, porque el dinero que antes destinaban a esos fines ahora podían volcarlo a otra clase de egresos, mientras que el Estado recibe esos certificados.

Siguiendo la filosofía del concordato, las instituciones ven que de alguna manera mejora su caja, lo que contribuye en gran medida a la salud financiera de ellas. Como ustedes pueden ver, el endeudamiento del Estado con las instituciones se ve disminuido, a través de este mecanismo, prácticamente en un 75%.

En la siguiente gráfica puede apreciarse la evolución del pasivo consolidado del sector en Montevideo, en los años 2002 y 2003. Esta es la fotografía del pasivo al 30 de setiembre de 2002 y al 30 de setiembre de 2003. El pasivo corriente disminuyó: antes era el 78% y ahora es el 47%, mientras que el pasivo no corriente pasa del 22% al 53%. Eso es fruto del fideicomiso, porque las deudas laborales y las financieras que entraron en concordato pasan a pagarse en once años, con lo cual la presión de pasivo se logró disminuir en este caso.

Si bien el endeudamiento total en pesos corrientes se mantiene igual, debemos tener en cuenta que hay inflación, por lo cual si lo medimos en pesos constantes es menor, pero a su vez es a muy largo plazo, lo que mejora el perfil de las instituciones.

En ese cuadro no está contemplada la quita de los concordatos. Esos $ 3.070:000.000 correspondientes a 2003 es una cifra menor -por lo menos en $ 200:000.000-, gracias a quitas obtenidas en el sistema a través de los concordatos. Como los concordatos no están homologados, esas quitas no las quisimos traducir aquí.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Hay un cuadro de ese tipo sobre el interior del país?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Sí, pero no lo trajimos porque el interior goza de otra salud

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- De todos modos, las cifras correspondientes al interior de la República son mejores que este promedio nacional.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Si uno compara una institución de equis cantidad de afiliados de Montevideo con otra de igual cantidad de afiliados pero del interior, la que en Montevideo se tornó inviable en el interior se mantiene perfectamente bien, a partir de lo cual podría llegarse a inducir que habría una mejor gestión.

La otra precisión que deseo formular es que en el interior, de las veintitrés instituciones concentradas en FEMI, que mantenían deudas laborales, solo nueve entraron al fideicomiso. El resto, no tiene deudas laborales y está pensando en otra clase de fideicomiso o en un fideicomiso utilizado para otros fines.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- El fideicomiso, ¿está autorizado que se utilice para otro destino que no sea el pago de deuda laboral?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Sí. Con el aumento de la cuota mutual se dio un aumento del 2,13%. Las instituciones que tenían deuda laboral obligatoriamente tenían que atender primero esa deuda, y las que no tenían deuda laboral podían utilizar ese 2,13% con libre disponibilidad.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Si bien es de libre disponibilidad, el Ministerio controla si la plata va o no a donde debe, porque tenemos la facultad de auditar mes a mes cómo va lo asistencial y lo económico-financiero, de forma tal que esa institución que no tiene endeudamiento laboral realmente esté haciendo una buena aplicación de ese beneficio.

SEÑOR GIL SOLARES.- ¿De dónde sale el dinero para el fideicomiso?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- En el último aumento de cuota mutual al mutualismo le correspondía un incremento por paramétrica -por ley- del 4,25%, pero el incremento fue del 5,75%. Entonces, lo que recaudan por la franja que va del 3,5% al 4,25%, las instituciones deben volcarlo al fideicomiso: no se vuelca a gestión; lo otro lo aporta la empresa. El Estado, a su vez, les da un aumento suplementario del 1,75% para formar ese 2,3% en el total de la cuenta, que sale de los dos lados: de renunciar al ajuste paramétrico por parte de las instituciones y al incremento del 1,5% superior.

SEÑOR GIL SOLARES.- El aporte del Estado, ¿sale de Rentas Generales o del presupuesto del Ministerio?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Sale de Rentas Generales; lo paga DISSE, el Banco de Previsión Social.

Este cuadro muestra la evolución de resultados consolidados del sector, solamente en Montevideo, porque el interior es distinto. A tal punto esto es así que el consolidado tiene US$ 15:000.000 de inversiones temporarias; este dinero es guardado para cualquier apuro. Insisto: el interior es distinto y mejor y merece un capítulo aparte.

La evolución de resultados consolidados del sector en el año 2002 alcanza a -12,68%; en el año 2003, a -9,94%. Si bien es negativo, ¿qué pasa? El -9,94% incluye a instituciones que han mejorado en forma sensible y que prácticamente se encuentran en equilibrio y a otras que todavía están en muy mala situación, por lo que en el consolidado desmejoran el resultado general. Pero estamos hablando de una o dos instituciones que han desmejorado en gran medida, mientras que las demás no. Por lo tanto, el resultado general ha bajado prácticamente en tres puntos porcentuales.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Hicimos mención a estas distintas herramientas que hemos ido utilizando a lo largo de este año y dos meses que hace que estamos, para hacer frente a las crisis del sector privado. En consecuencia, parecería que hay indicios de que empezamos a mejorar. Ya más cauteloso no puedo ser. No es para cantar victoria; estos procesos son necesariamente lentos. No hay medidas que uno pueda decir que de un plumazo cambian la situación. Solo nos queda ver una cosa que sí cambia la filosofía de cómo se venía encarando el tema, y es el trabajo que ha hecho el Ministro en el Ministerio de Economía y Finanzas para que cambie la cabeza de los aumentos de cuota y la filosofía con que se cambia la cuota. Para mí, esta es una herramienta clave en la supervivencia del sistema mutual y del fortalecimiento de las IAMC. Si queremos IAMC fuertes, no podemos permitir que por sí solas pongan en peligro la solidaridad del sistema: si se pone en peligro la solidaridad del sistema, puede caer el sistema mismo. En consecuencia, desde el mes de diciembre, cuando se adoptó la medida, junto con el Ministerio de Economía y Finanzas, a raíz del trabajo de nuestra Cartera, el aumento de cuota no castigó a los socios individuales ni a los de DISSE; se trata de un buen convenio y uno diría que es el más bajo que una IAMC puede dar. Pero ofrecer cuotas a la mitad o menos es una medida que puede poner en riesgo al propio sistema. Las instituciones a veces, lo hacen, y entiendo que su desesperación por tener más afiliados, por la competencia, por el mercado, por ganar un socio más, las hace ir a algo que es suicida. Así que el aumento de cuota fue absolutamente diferente para los convenios colectivos que para los socios individuales o de DISSE.

SEÑOR RISI.- Como decía el señor Ministro, la definición de política sanitaria de la cuota siempre brinda la posibilidad de tres opciones: cuota libre, cuota con piso y techo y cuota regular. Son los tres grandes andariveles de trabajo que se tienen cuando uno se enfrenta al tema de la cuota.

Las experiencias en el país de cuota liberada que se dieron en 1993 indican que fue un error, ya que los usuarios tuvieron que sufrir un incremento desmesurado y brusco del sistema. ¿Pero qué sucedió desde esa fecha hasta acá? Históricamente, las instituciones, en especial las de Montevideo -que tenían una actitud querellante frente al Ministerio de Economía y Finanzas en cuanto a la aplicación de la paramétrica de costos respecto del sector salud-, habían inventado una trampa al solitario, porque en realidad la paramétrica de costos la aplicaban en el sistema solo a un 38% o 40% de sus usuarios. ¿Cuáles eran? Los socios particulares. En consecuencia, cuando el Ministerio de Economía y Finanzas marcaba el ajuste de cuota, los socios particulares tenían el valor de estar prisioneros del sistema por ser los de mayor edad, porque era ese el precio que regulaba el Estado y porque, además, arrastraban la cuota promedio de DISSE. Por lo tanto, los usuarios privados o particulares tuvieron un incremento de cuota promedio en el último tiempo, a nuestro juicio, injusto, que fue un castigo a la solidaridad. ¿En beneficio a qué? A seguir en una lucha descarnada con los convenios colectivos, algunos puros, por derecha, de acuerdo con las normas, y otros de espaldas a ellas. Esos convenios colectivos arrastraban a la masa de afiliados más jóvenes a precios irrisorios, muchos de ellos por debajo de los costos estándares de salud, y sometían al sistema de contribución y de financiamiento, que atentaba contra el más débil, es decir, el usuario preso del sistema por su edad, ofendiendo el concepto de solidaridad.

En el mes de junio introdujimos tímidamente este concepto en el decreto de aumento, y el Decreto Nº 545 de 2003 rescata esta filosofía a que hacía referencia. Esto es: comienza a cambiar el sistema y comenzamos a hablar de ingresos totales como concepto del aumento de precios. Y esos ingresos totales se forman por un techo sobre el socio particular y un sistema de ajustes sobre los convenios colectivos y/o sobre el ingreso total de la institución. Es decir, queremos llevar lenta y progresivamente a que los convenios colectivos que estaban por debajo del precio promedio de la institución vayan contribuyendo a solidarizar el aumento de cuota de las instituciones, para que este se distribuya entre una mayor población y sea más equitativo.

Concomitantemente, ese decreto hacía que un esfuerzo del Estado nos permitiera tener una línea de 1,75 puntos para otorgar al sistema la posibilidad de incorporarlos al plan de fideicomiso. Es decir que de lo que nos daba la paramétrica estándar, rígida que hubiéramos aplicado, el Estado comprometía una parte vía Rentas Generales y DISSE, lo cual alentaba a incorporar a la línea del fideicomiso, por un lado, o a entregar a las instituciones libre disponibilidad, por otro.

En suma, se cambió el concepto de política de aplicación de precios en el sector. Este es un criterio más solidario, que apunta a la equidad en los costos, rescata y defiende a los sectores más débiles -esto es, a los mayores, que están prisioneros de las instituciones- y otorga, a su vez, la ingeniería del ingreso total en lugar del ingreso individual. El Decreto Nº 545 de 2003 es un jalón que luego nos permite reinsertarnos en los controles y vigilancia de los planes de equilibrio del Decreto Nº 19/04 y, además, hacer operativo el fideicomiso para el pago de deudas laborales.

Complementando lo que decía el señor Subsecretario, el 30 de este mes, cerca de 22.000 funcionarios de la salud van a estar cobrando sus deudas laborales. Esto se concreta con la incorporación de las instituciones del interior que se llevará a cabo en el transcurso de lo que queda de esta semana y durante la entrante.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Creo que ustedes fueron muy claros al decir que con respecto al cierre de CIMA se va a cumplir con el convenio del 4 de abril. Ese convenio no estaba refrendado por el Sindicato Médico y, por lo tanto, los médicos no están incluidos en él. Si bien esto es así, es evidente que el cierre de estas ocho mutualistas ha dejado por el camino a 1.400 médicos. Me parece que ese es un problema que hay que empezar a pensar cómo solucionar. Por lo visto, en el caso de CIMA no se va a negociar la posibilidad de que estas instituciones que absorben afiliados, también absorban médicos, resolviendo así este problema. La primera pregunta es si, a pesar de que ya hay una decisión en función de ese convenio, no se está pensando en iniciar una gestión a efectos de que esa masa de médicos, que es realmente importante, no quede desamparada por no haberlo firmado. Parecería que la no firma de un convenio sería un precio demasiado grande que tendrían que pagar todos los médicos que se encuentran en esa situación.

La segunda pregunta es qué controles se han hecho para evitar la intermediación lucrativa. Todos sabemos que este no deja de ser un problema que potencialmente siempre está presente. Si han detectado alguna maniobra en ese sentido, nos gustaría saberlo.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Es evidente que para este caso de CIMA es imposible buscar una solución al problema médico, que es preocupante. En ese sentido, el señor Ministro de Trabajo y Seguridad Social tomó la iniciativa el mismo día que se cerraba CIMA. Los médicos hablaron conmigo y les dije: "Yo no puedo hacer nada; no puedo obligar a las instituciones que firmaron, a que, además de los funcionarios no médicos, tome a los médicos cuando ustedes mismos se negaron a firmar". No tengo un mecanismo legal o norma por la cual obligar a una empresa privada a tomar personal, salvo que de común acuerdo hubiéramos firmado un documento y todos nos hubiéramos mantenido en que sigue siendo válido.

Al hablar inmediatamente con el señor Ministro de Trabajo y Seguridad Social -Cartera a la que concurrieron los médicos-, él me dijo que deberíamos buscar una solución y barajó distintas posibilidades, pero ninguna que fuera factible en forma urgente, de un día para el otro, a fin de que en esta situación de CIMA -¡ojalá que no haya más una así!- pudiera darse satisfacción a aquellos médicos que quedaban sin trabajo, y tenemos una lista de los médicos con un solo trabajo, pero en este momento no recuerdo cuántos son. Así que estamos dispuestos -¡cómo no!- a acompañar una solución en ese sentido, ya sea en nuestro ámbito o en el del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, donde el Ministro ya tomó la iniciativa. Esto implica citar a todas las instituciones, llamarlas a la reflexión, sin nombres y ante los hechos ya acaecidos decirles: "¡Seamos sensatos! Reformemos aquel documento del 4 de abril por si una situación de ese tipo alguna vez volviera a ocurrir. El Sindicato Médico está dispuesto a firmarlo". Habrá que recabar la opinión de todas las instituciones. Yo comprometo mi esfuerzo no solo a reunir las instituciones sino a tratar de convencerlas, porque sería lo justo y lo comprendo, pero fue imposible hacer otra cosa en el momento. Me tuve que poner duro y decir a los médicos terminantemente: "No puedo obligar a las instituciones". Inclusive me pidieron que sancionara a aquellas que no tomaran médicos. ¿En base a qué normas? ¿Sancionar qué? Es inconstitucional. Obviamente, no se podían convencer de que no había solución.

En definitiva, comprometo la acción del Ministerio para que en su ámbito o en el del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se haga el máximo esfuerzo para convencer a los demás actores de que hay que buscar una solución que sea integral.

SEÑOR RISI.- Previo al cierre de CIMA, comunicamos y reiteramos la normativa vigente respecto de la prohibición de ejercer actos de intermediación lucrativa. Simultáneamente, comunicamos a la Gerencia de Activos del Banco de Previsión Social la necesidad de mantener el control en ese sentido.

Hemos tenido una sola denuncia seria y formal de intermediación lucrativa. Se presentó en las oficinas del Ministerio una persona con su hijo que dijo: "He sido invitada a afiliarme a una empresa de salud a cambio del pago de dinero". Recibimos esa denuncia con abogado y escribano presente y le dimos trámite en el Juzgado Letrado Penal de 5º Turno. No recibimos otras denuncias formales. Como los señores Diputados saben, esto es muy difícil de comprobar. Debemos vigilar los crecimientos desproporcionados y sobre todo un aspecto: el crecimiento desproporcionado entre socios por DISSE y particulares. Es decir que tiene que haber una armonía en la captación de afiliados.

Hemos tenido dos reuniones con el Banco de Previsión Social. Ellos están atentos a la migración de padrones. El 31 de abril tendremos la primera declaración jurada de todas las empresas y vamos a cotejar esa información con la base de datos. Allí vamos a tener el primer diagnóstico. A su vez, pedimos públicamente a los usuarios del Banco de Previsión Social -hemos pedido al Banco un comunicado y así salió públicamente- que denuncien los hechos que nos permitan tomar medidas.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Quería hacer un comentario sobre lo que decía el señor Ministro en cuanto a cómo se sigue de aquí en más con respecto a la crisis del sector privado, qué expectativas hay, qué propuestas, qué posibilidades tenemos de ver un panorama cada vez más claro.

El Ministro dijo, con mucha convicción, que no iba a caer ninguna mutualista más. Esa convicción u optimismo está basado -usted lo dijo- en el hecho de que se han visto mejores resultados, que el Ministerio ha implementado todo un mecanismo de control de gestión -que en su momento lo iremos a ver-, que ha mejorado la gestión de las instituciones y que han aumentado los afiliados.

Creo que para resolver la crisis del sistema esto no es suficiente. Me baso en dos o tres documentos que han proyectado en este Período de Gobierno no solo los diagnósticos en materia de las causas sino también las propuestas. El documento de la multisectorial del 20 de marzo de 2000, firmado por el Ministerio, termina con una serie de propuestas y de medidas generales para el sector y particulares para las IAMC. Estas medidas luego se recogen en otro documento, de julio de 2000, relativo a políticas sobre el mutualismo que el propio Ministerio nos hizo conocer. Allí se transmiten las propuestas de la multisectorial y se proyecta -en general, creo que muy bien- cómo se debería avanzar para solucionar la crisis estructural del mutualismo.

Todo esto en líneas generales es reafirmado por el señor Ministro cuando a principios del año 2003 se hace cargo del Ministerio de Salud Pública y concurre a esta Comisión -como a la respectiva del Senado- para dar su visión del problema y de las líneas que habría que determinar para salir de él.

Quiero centrar el tema en la salida de la crisis estructural del sistema privado. Evidentemente, de los enunciados del señor Ministro de marzo y julio de 2003 y de los incorporados en los documentos, en algunos no se ha avanzado y en otros no se ha empezado a trabajar.

El mejoramiento de la gestión no deja de ser importante, pero es solo un aspecto. Eso no va a solucionar la crisis del sistema; hay otras cosas -todos estuvimos de acuerdo, inclusive el señor Ministro- que hay que poner en marcha. Si no se avanza en eso, uno pone en duda esa seguridad en cuanto a que algunas mutualistas, en el mediano plazo, no tendrán dificultades. Hay mutualistas que tienen muchas dificultades. No creo que esto se solucione solamente con la mejora de la gestión; a mediano y a largo plazo hay que tomar otras medidas.

Estoy hablando de cosas concretas, a las que también el señor Ministro hizo referencia en su momento. Hablamos del modelo de cambio de atención. Todos estamos de acuerdo -el señor Ministro también- con que hay que ponerlo en marcha. En materia de modelo de cambio de gestión no hemos avanzado. Quisiera saber la opinión del señor Ministro y qué se tiene pensado al respecto, ya que se trata de uno de los temas centrales.

También hablamos sobre el tema política de medicamentos. Los enunciados del señor Ministro en aquella oportunidad se han cumplido solo en parte; lo relativo a los genéricos se ha puesto en marcha. No tenemos información acerca de otras cosas anunciadas por el señor Ministro como la posibilidad de medicamentos más baratos a través de un compromiso con los laboratorios nacionales y de lograr a través de una negociación con el Pacto Andino que los medicamentos de alto costo sean adquiridos a menor valor.

El señor Ministro se refirió al principio de su intervención a la alta tecnología. La política para la incorporación de la alta tecnología es uno de los temas que hacen a la solución de la crisis estructural. El señor Ministro expresaba que existen dificultades desde el punto de vista legal a efectos de que la incorporación de la alta tecnología pueda racionalizarse. No comprendí bien el tema. Todos estamos de acuerdo con que hay que apuntar al cambio estructural y no solamente a lo coyuntural.

El tema del fideicomiso sin ninguna duda es importante, pero es coyuntural y solucionaría un aspecto parcial como el de las deudas laborales; por supuesto que esto descomprimiría la gestión, pero es un tema coyuntural.

En líneas generales, se debería avanzar en el cambio del modelo de atención, en la política de medicamentos, en la incorporación de la alta tecnología y en la coordinación entre lo público y lo privado; reitero: creo que en esas líneas se debería avanzar, o se debería avanzar aún más. Queremos salvar el sistema para que no caigan otras mutualistas, pero si no se apunta a esto, quizás a mediano plazo estemos siendo testigos del cierre de la novena, de la décima o de la undécima institución.

Quiero ser muy objetivo, señor Ministro, pero durante su Ministerio cerraron cuatro mutualistas. El señor Ministro de entrada estuvo comprometido en mejorar y en evitar estas situaciones, pero ha habido cuatro cierres.

Como no solo hay que resolver lo coyuntural -en algunas cosas se está avanzando-, transmito mi preocupación en cuanto a los otros grandes aspectos que enunció el señor Ministro y que aparecen en los documentos del Ministerio de Salud Pública, que siguen teniendo valor.

Lo que estoy diciendo, más que un comentario es trasmitir una preocupación. Me gustaría saber cómo se piensa avanzar en estos otros aspectos que para nosotros tienen una gran importancia.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Como expresaba el señor Diputado Gallo Imperiale, no es suficiente con que el mutualismo se vaya fortaleciendo. Todo el sistema, que comprende al sector público, a las IAMC y a una serie de instituciones -como lo que denominamos seguros parciales, laboratorios, empresas de salud que atienden a viejitos, a pacientes psiquiátricos o de otro tipo- ha estado en crisis. Claro que no es suficiente. Estoy totalmente de acuerdo con el señor Diputado Gallo Imperiale.

Simplemente manifesté que las instituciones no están peor que cuando las encontramos. Creo que están un poquito mejor, y no por acciones del Ministerio; nadie quiere vestirse con las plumas del grajo. Se ha revertido el problema del número de socios, veo números distintos en los estados de resultado, veo un mejor gerenciamiento y veo una mayor responsabilidad empresaria al sentirse vigilados. Yo espero que no caiga otra. Estoy casi seguro de que no caerá otra, pero de ninguna manera lo puedo afirmar. Eso no se puede decir. Además, no corresponde que lo diga; hasta iría en desmedro de las que todavía no se cuidan lo suficiente: "Si Bonilla dijo eso a mí no me va a dejar caer", podrían decir "vamos a seguir". Muchas veces uno tiene que obligarlas a un gerenciamiento determinado para que asuman las responsabilidades que no han sabido tener solas. Eso me ha pasado con más de una.

No hemos hecho todo lo que era posible con los medicamentos, pero no ha sido fácil. Resulta que no solo interviene el Ministerio sino que también está la UCAMAE. El Ministerio está actuando mucho más que antes.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Con respecto a UCAMAE, ¿no pertenece al Ministerio?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- No. UCAMAE es la Unidad Central de Compras de Medicamentos y Afines del Estado, que mediante una ley funciona con una directiva compuesta por el Ministerio de Salud Pública, la OPP y el Ministerio de Economía y Finanzas. Es la Unidad de Compras del Estado, sea INAME, Fuerzas Armadas, Hospital Policial o instituciones privadas, que también pueden plegarse para hacer un mecanismo de compra conjunto, lo que en su momento significó un 35% de rebaja en los medicamentos que compramos.

Después hemos tenido dificultades. Yo estoy convencido que son dificultades atribuibles a nuestro propio funcionamiento. ¡Claro que hay que conseguir mejores precios con los medicamentos caros, con los oncológicos y con los del SIDA! Pero hemos tenido un problema. Y el problema está en hasta dónde uno se anima a que institutos de control de la biodisponibilidad y bioequivalencia de medicamentos como los de Brasil o Argentina, validen lo que yo no puedo hacer acá.

Yo estuve a punto de llevar adelante un decreto que me permitiera validar a ANMAT de Brasil y decir: "Estos medicamentos brasileños que hacen verdaderos genéricos, los permito entrar al 40% de lo que pagamos en Uruguay". Pero estaba en eso cuando ANMAT cerró una importación de materia prima de uno de esos laboratorios nacionales que ellos promovieron, porque venía materia prima fraguada de Holanda, que no era suficientemente controlada, y fabricaban en Brasil un producto que en Holanda estaba prohibido.

En consecuencia, son mecanismos de control, de aparición relativamente reciente, tanto el de Brasil como el de Argentina, con los cuales hay que ser muy cauteloso, viendo hasta donde uno se confía en ellos. No es la FDA de Estados Unidos. ¿Cómo confiar en organismos relativamente nuevos que de alguna manera están haciendo su experiencia en demostraciones bioquímicas de la bioequivalencia y la biodisponibilidad, que tienen muy pocos años de nacidos en cada uno de estos países? ¿Cómo decimos: "Bueno, para mí son suficientes estos controles y lo que ellos autoricen allá yo lo traigo acá y me lo compro más barato"?

Es bravo; requiere de mayores estudios y espero que sean cosas que UCAMAE pueda realizar en los pocos meses que siguen.

Como me sentía un poco débil en la representación en UCAMAE -allí hay pesos pesados del Ministerio de Economía y Finanzas y pesos pesados de la OPP, que tiene rango ministerial- hace una semana cambié la

delegación. De aquí en adelante será el Subsecretario quien representará al Ministerio junto con la Profesora Grado 5 de Terapéutica de la Facultad, que es funcionaria del Ministerio y le tengo una enorme confianza. Aquí se precisan pesos pesados.

Con respecto a APS, no hay plan de reconversión de PROMOSS y estamos tratando, en el control asistencial que hacemos de las demás instituciones, con el tema del fideicomiso para que en el modelo de atención ellos puedan encontrar la reingeniería de su funcionamiento, para que el modelo de atención esté centrado en la persona humana, como exige el documento del 4 de abril. Buscamos que den las prestaciones obligatorias, que hagan los programas de educación, promoción y prevención de acuerdo a lo que va diciendo la Dirección General de la Salud y que hagan el fortalecimiento del primer nivel de atención. Todos los puntos se los vamos controlando.

Por supuesto que esto cuesta; no ha sido fácil de implantar, pero hay unas cuantas instituciones -el CASMU, entre otros- que han hecho todo un esfuerzo por implantar los primeros niveles de atención. Lo estamos logrando en unos cuantos hospitales. No todo lo suficiente; nos enlenteció el problema gremial, pero ya no queda lugar en todo el interior del país donde no tengamos una oficina DAPS

Estamos tratando de introducir en esos proyectos de reconversión las nuevas modalidades asistenciales: hospital de día, cirugía ambulatoria, internación domiciliaria, uso racional de medicamentos. Se les controla los proyectos de reconversión, no solo los números de receta por médicos. Hay una serie de indicadores con respecto a la internación y a la policlínica, y distintas cosas que hacen a la calidad de los servicios, como el tiempo de espera en cada especialidad.

Estamos entonces controlando toda esa serie de cosas que hacen a la atención primaria en salud en general, para hacerla mejor, pero para poder lanzar un proyecto entero de atención primaria en salud, necesitamos financiarlo. Tiene que tener un fondo, y ese fondo requiere ley.

Observen: "Proyecto de ley sobre Implantación de la Atención Primaria en Salud". Lo tengo escrito, pero no quiero traerlo y presentarlo si no lo tengo consensuado entre la enorme mayoría de las instituciones. Está escrita hasta la exposición de motivos; está pronto. Pero ¿cómo hago para decir a las instituciones que recién vienen dando la vuelta de una situación bastante comprometida: "Comprométame también el 1% de su ingreso para la atención primaria que usted va a ver el resultado dentro de diez o quince años"?. Tengo que convencerlas y no hay más remedio que hacerlo, porque si no, nunca vamos a llegar al año diez o quince. Pero no es fácil, porque no basta con votarlo. Hay que votarlo y hacerlo realidad. Si no, no conseguimos el proyecto de ley.

Lo mismo me pasa con el proyecto de ley de utilización e incorporación de la tecnología médica. Está pronto; solo por ley se puede obligar a empresas y empresarios particulares y decirles: "Usted no puede importar eso porque lo que me va a crear en el país es una distorsión tecnológica, me va a crear una demanda inducida y me va a elevar los costos de la salud". Lo puedo hacer con una IAMC, pero no lo puedo hacer con un empresario particular, a menos a través de una ley. Pero tengo que hablar con esos empresarios, muchos de ellos son médicos como ustedes y como yo.

Se trata de gente que está en el ambiente normal de la medicina. Hay que consensuar estas cosas lo más posible antes de traerlas acá y decirles a los señores Diputados que debemos impulsar juntos esto, porque es la solución. Esto no quiere decir que nos eternicemos; es un tema de uno, dos o tres meses. Estas son las cosas que nos faltan para ello. Tengan la seguridad de que estamos trabajando.

SEÑOR GIL SOLARES.- Escucho a nuestros invitados con la máxima atención que puedo y concuerdo con muchas de las cosas que se dicen, tanto con las preguntas de los compañeros Diputados como con las respuestas. Pero no puedo dejar de decir al señor Ministro que estamos hablando solo del mutualismo, cuando en realidad más de la mitad de la población se atiende en la asistencia pura de la salud pública.

No podemos dejar de buscar una solución a esa subasistencia -casi sub subasistencia-, porque ninguno de los médicos que estamos acá nos podemos engañar. Sabemos de sobra, a la perfección, lo que es la asistencia de la salud pública en comparación con la asistencia del mutualismo. El derecho a la salud hace imprescindible

que el Ministerio de Salud Pública trate de solucionar, de igualar, esa asistencia a todos los uruguayos, porque no hay otro argumento que ese: el derecho a la salud.

Estamos pensando que la única solución es transformar a cada hospital de salud pública en una IAMC y que la cuota de aquellos ciudadanos que tienen derechos gratuitos a la salud la pague el Estado. Pero los que no tienen derechos gratuitos, que paguen la cuota parte correspondiente de ese precio. Si hacemos esa transformación, vamos a tener el panorama de la salud nacional en un mismo nivel, vamos a hablar de mutualismo, vamos a hablar de las IAMC y vamos a hablar de todos los ciudadanos del país.

Me parece que el Ministerio de Salud Pública tiene que ir por ese camino, tiene que resolver el problema, porque si no, estamos estableciendo una diferencia lamentable. Adviertan los médicos que trabajan en el mutualismo cada 10.000 ciudadanos y los médicos que trabajan en salud pública cada 10.000 ciudadanos. Hay una diferencia abismal.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Quiero aclarar que el señor Diputado Gil Solares está hablando en nombre personal, no en nombre de nuestro sector político, que tiene otra propuesta con respecto al sistema de financiamiento.

SEÑOR GIL SOLARES.- Es correcto, y pido disculpas por no haberme expresado correctamente.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Agradezco la oportunidad de expresar lo que uno va haciendo. Esto nos obliga a ordenarnos en nuestra exposición. Muchas veces el trabajo y el trajín diario no nos da esa pausa que siempre es necesaria para poder ver mejor el camino, pero estas oportunidades para nosotros son valiosísimas.

Quiero que el señor Presidente y los demás integrantes de esta Comisión sepan que estamos enteramente a las órdenes. Esperamos su llamado para hacer esa visita al Ministerio.

Quisiera dejar en poder de la Comisión -para uso de los señores integrantes- estos dos proyectos de ley, que no están firmados y que representan la propuesta que tiene el Ministerio concreta y formal para dos temas claves, muy importantes. Quisiera que los señores Diputados personalmente me hicieran objeciones, apuntes y comentarios, pero pediría que sea sin volantearlos; quisiera que como miembros de la Comisión y como hombres duchos en este tema no hicieran que esto apareciera en los diarios. Estos proyectos de ley no están firmados y es nuestra intención hacerlo. Me parece que lo correcto es que me den su opinión primaria sobre este tema. Por supuesto que recién arranca el largo y difícil proceso de la ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero dejar constancia de que el señor Diputado Bayardi tuvo que retirarse y me pidió que diera las excusas del caso.

SEÑOR LEGNANI.- Advierto que el señor Ministro se ha adelantado a lo que íbamos a proponer, dejándonos un borrador sobre los proyectos relativos a la tecnología y a la atención primaria en la salud.

Nosotros subrayamos el tema del marketing. Nos llamó la atención que se dijera que algunas IAMC hacían figurar los gastos de publicidad en el activo. Recuerdo algunas declaraciones que hablaban de que la publicidad estaba contratada antes del conflicto y creo que esos hechos, más los que ha aportado el Ministro, hacen que sea necesario regular por ley el acceso a la publicidad de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Entendemos que es un buen comienzo este aporte por parte del Ministerio, a los efectos de empezar a trabajar en esa temática, que es muy compleja.

Agradecemos la buena disposición de las jerarquías ministeriales por la extensión de la sesión. Creo que ha contribuido el hecho de que la hayamos hecho fuera del período de sesiones ordinarias de la Cámara, lo que permitió tener una sesión de trabajo un poco más prolongada que las habituales; creo que ha sido muy productiva. No puedo menos que recordar que la muerte más anunciada -muchas veces en el repaso de cómo

se llegó y la crónica- lleva a que aparezcan una cantidad de cosas que no estaban previstas y que desembocaron en ese hecho.

Sugerimos -si la Comisión así lo aprueba- que la visita al Ministerio se haga un día en que no haya sesiones ordinarias, es decir, después del 18 del mes próximo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero referirme a un tema que tomó estado público en el día de ayer y que creo debe preocupar a nuestros invitados tanto como a nosotros.

A través de la prensa nos enteramos de un accidente -por llamarlo de alguna manera- que había ocurrido en un centro de tratamiento de cirugía cardíaca con una paciente internada. Luego nos enteramos de la suspensión por parte del Fondo Nacional de Recursos del financiamiento de esa institución, lo que prácticamente equivale a decretar un cierre. El hecho es que esa institución tiene una larga experiencia y una lista muy grande de intervenciones quirúrgicas allí realizadas. ¿Qué sucede en Uruguay si hoy o mañana un recién nacido tiene una patología cardíaca congénita y hay que operarlo de apuro? Hoy, Uruguay no tiene un solo centro con experiencia.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Este es un tema sobre el cual están haciendo hincapié todos los medios: cuando se trata nada menos que de niños con malformaciones congénitas o de cirugía de niños, la situación nos sensibiliza a todos.

Desde hace unas semanas el Ministerio tiene conocimiento del hecho y hay toda una investigación en marcha que finalizará en un plazo de entre 30 y 45 días. Aquí no ocurre como con el problema del SIDA, sino que se actúa en el momento y con conocimiento de todo lo que ha ocurrido. Entonces, yo diría que va a ser una investigación más fácil y concreta.

Adelanto que en este preciso momento estamos esperando la contestación -que se ha demorado- del perito; en este caso queremos que sea el profesor Grado 5 de Cirugía Cardíaca. Nuestra investigación es la que puede habilitar o no al ICI; el Fondo Nacional de Recursos puede suspender la financiación, pero no quitar la habilitación.

El viernes de mañana llamé al ICI, apenas me enteré de la resolución de suspender la financiación, decisión que fue tomada el día jueves de mañana por la Comisión Honoraria en pleno con el voto en contra de los IMAE. Entonces, me comuniqué con el Presidente y con el Director Técnico, doctor Haretche, para saber en qué situación quedan los niños internados que están esperando un tratamiento, los que están en policlínica para control, los transplantes que pudieran aparecer o las cirugías que el otro equipo -el que funciona en el Hospital Americano- no pueda realizar.

Además, solicité que se comunicara al ICI por escrito -y así se hizo- que si surge la necesidad de transplante cardíaco, porque aparece el donante y ese equipo debe actuar -ya que es el que tiene experiencia-, se comunique al Fondo Nacional de Recursos inmediatamente y a mí en forma simultánea. Estas situaciones deben ser cubiertas y debe operarse. Lo mismo ocurre cuando hay personas internadas para ser operadas: todos esos casos serán cubiertos financieramente por el Fondo.

Espero que lo del ICI sea una situación transitoria y corta y que este instituto pueda demostrar que tiene los mecanismos para dar calor a los niños durante esos procedimientos. Realmente, este fue un accidente lamentable, insólito, con un secador de pelo. En ese momento tuvieron dificultades con el calentador que se utiliza en estos casos y en esa circunstancia un secador de pelo es una herramienta hábil para dar calor en el ambiente, cuando no está muy cerca del paciente o cuando el tiempo de exposición es adecuado.

En definitiva, se está haciendo la investigación; pero quiero dar la tranquilidad en el sentido de que se va a operar a los pacientes internados y a aquellos cuyas intervenciones han sido coordinadas.

En cuanto a las policlínicas, como no tienen cobertura del Fondo siguen actuando. En tanto, si apareciera una cirugía mayor -que no pudiera hacer el otro equipo- o un transplante, como decía, la situación se me debe comunicar de inmediato y será cubierta por el Fondo. En la mañana de hoy he pedido al doctor Haretche que esto se comunicara públicamente.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- La resolución del Fondo tiene tres ítemes. Uno de ellos es la suspensión de financiamiento; otro, la obligación de presentar todos los protocolos de procedimientos técnicos. Y daría la impresión de que la supresión de la financiación se levantaría o no en función de la evaluación que haga el Fondo de esos protocolos.

Yo creo que este asunto es de enorme importancia y urgencia. Entonces, teniendo en cuenta que el señor Ministro -o quien él delegue- es el Presidente de la Comisión Honoraria, le sugeriría que influyera para que esa evaluación se haga rápidamente. Es más: según la información que tengo, todos esos protocolos ya estaban antes de la resolución del Fondo. La urgencia de este tema dramático determina que esto se resuelva rápidamente. La situación es demasiado crítica como para que, si realmente no hay un sustento para haber tomado esa decisión, no se revierta rápidamente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Yo tengo la misma información de que todos los protocolos ya fueron pedidos al ICI y que se enviaron con anterioridad.

Por otra parte, quiero decir que este accidente lamentable, en el que puede haber responsables -obviamente los debe haber- no es lo que motiva la preocupación del señor Diputado Gallo Imperiale ni la mía.

El señor Ministro es el Presidente de la Comisión Honoraria. En su defecto, quien él designe desempeñará ese cargo en representación del propio señor Ministro de Salud Pública. Como es lógico, este es un tema que despierta mucha sensibilidad en la opinión pública pero, a título personal, creo que la reacción fue desmesurada para el hecho. Estoy de acuerdo con que habrá que investigar para determinar si alguien es responsable y, de ser así, establecer las sanciones del caso. Pero me parece que es desmesurado que quedemos sin cobertura: de eso somos todos conscientes.

Hay un equipo con 20 años de experiencia y otro que se está intentando formar que no la tiene. No voy a dar nombres, pero sabemos que en transplantes la experiencia no ha sido buena y que en recién nacidos no hay experiencia. Entonces, solicito al señor Ministro que en su calidad de tal -ya que quien está en la Comisión Honoraria lo representa- solucione esto a la mayor brevedad posible para dar garantías a la gente. Porque esta noche puede nacer un chico con la misma patología cardíaca genética que tenía la niña que hoy nos convocó. Por suerte esa niña está bien de la afección cardíaca y ya está en la casa; el otro punto es el asunto a investigar. Pero lo que nos preocupa no es el desarrollo del accidente lamentable -me parece bien que el Ministerio investigue y, si corresponde, sancione a los responsables-; sino dar garantías a la población en el sentido de que tenemos un centro quirúrgico para los recién nacidos.

SEÑOR RISI.- Adhiero a la preocupación del señor Presidente y del señor Diputado Gallo Imperiale. Antes de venir a esta reunión, conversé con las autoridades del ICI y en la noche de hoy nos reuniremos a los efectos de tratar los temas que ha mencionado el señor Diputado Gallo Imperiale

Más allá de lo que solicita el señor Presidente, nos vemos en la obligación de vigilar que lo dispuesto se cumpla; en este caso nos sentimos no solo actores sino intermediarios en la realidad de cada uno de los procedimientos que se están cumpliendo.

Además, con el Instituto de Cardiología Infantil mantenemos una relación profesional y sobria; la semana previa a esta hemos conversado con sus integrantes porque estamos tan preocupados como los señores Diputados. Y reitero que esta noche sus autoridades mantendrán una reunión con nosotros.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia del señor Ministro de Salud Pública y asesores, y queremos destacar que ha sido una reunión fructífera.

Se levanta la reunión.